This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Acerca de este libro

Esta es una copia digital de un libro que, durante generaciones, se ha conservado en las estanterías de una biblioteca, hasta que Google ha decidido escanearlo como parte de un proyecto que pretende que sea posible descubrir en línea libros de todo el mundo.

Ha sobrevivido tantos años como para que los derechos de autor hayan expirado y el libro pase a ser de dominio público. El que un libro sea de dominio público significa que nunca ha estado protegido por derechos de autor, o bien que el período legal de estos derechos ya ha expirado. Es posible que una misma obra sea de dominio público en unos países y, sin embargo, no lo sea en otros. Los libros de dominio público son nuestras puertas hacia el pasado, suponen un patrimonio histórico, cultural y de conocimientos que, a menudo, resulta difícil de descubrir.

Todas las anotaciones, marcas y otras señales en los márgenes que estén presentes en el volumen original aparecerán también en este archivo como testimonio del largo viaje que el libro ha recorrido desde el editor hasta la biblioteca y, finalmente, hasta usted.

Normas de uso

Google se enorgullece de poder colaborar con distintas bibliotecas para digitalizar los materiales de dominio público a fin de hacerlos accesibles a todo el mundo. Los libros de dominio público son patrimonio de todos, nosotros somos sus humildes guardianes. No obstante, se trata de un trabajo caro. Por este motivo, y para poder ofrecer este recurso, hemos tomado medidas para evitar que se produzca un abuso por parte de terceros con fines comerciales, y hemos incluido restricciones técnicas sobre las solicitudes automatizadas.

Asimismo, le pedimos que:

+ *Haga un uso exclusivamente no comercial de estos archivos* Hemos diseñado la Búsqueda de libros de Google para el uso de particulares; como tal, le pedimos que utilice estos archivos con fines personales, y no comerciales.

+ *No envíe solicitudes automatizadas* Por favor, no envíe solicitudes automatizadas de ningún tipo al sistema de Google. Si está llevando a cabo una investigación sobre traducción automática, reconocimiento óptico de caracteres u otros campos para los que resulte útil disfrutar de acceso a una gran cantidad de texto, por favor, envíenos un mensaje. Fomentamos el uso de materiales de dominio público con estos propósitos y seguro que podremos ayudarle.

+ *Conserve la atribución* La filigrana de Google que verá en todos los archivos es fundamental para informar a los usuarios sobre este proyecto y ayudarles a encontrar materiales adicionales en la Búsqueda de libros de Google. Por favor, no la elimine.

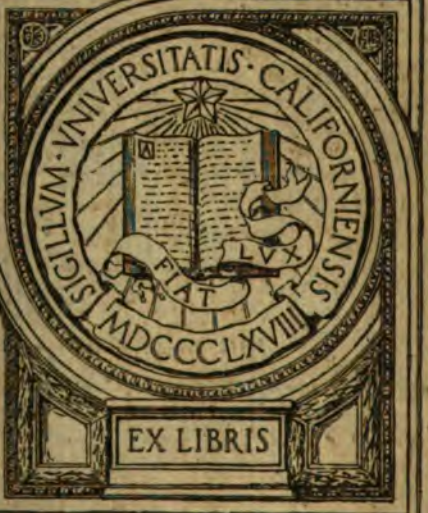
+ *Manténgase siempre dentro de la legalidad* Sea cual sea el uso que haga de estos materiales, recuerde que es responsable de asegurarse de que todo lo que hace es legal. No dé por sentado que, por el hecho de que una obra se considere de dominio público para los usuarios de los Estados Unidos, lo será también para los usuarios de otros países. La legislación sobre derechos de autor varía de un país a otro, y no podemos facilitar información sobre si está permitido un uso específico de algún libro. Por favor, no suponga que la aparición de un libro en nuestro programa significa que se puede utilizar de igual manera en todo el mundo. La responsabilidad ante la infracción de los derechos de autor puede ser muy grave.

Acerca de la Búsqueda de libros de Google

El objetivo de Google consiste en organizar información procedente de todo el mundo y hacerla accesible y útil de forma universal. El programa de Búsqueda de libros de Google ayuda a los lectores a descubrir los libros de todo el mundo a la vez que ayuda a autores y editores a llegar a nuevas audiencias. Podrá realizar búsquedas en el texto completo de este libro en la web, en la página `http://books.google.com`

UC-NRLF
B 3 736 884

GIFT OF
J.C.CEBRIAN



EX LIBRIS

UNIV. OF
CALIFORNIA

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UNIV. OF
CALIFORNIA

UNIV. OF CALIFORNIA

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PABELLÓN MÉDICO (1860)—ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATÍA Y PEDIATRÍA (1880)

DIRECTOR-PROPIETARIO-FUNDADOR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

TOMO LXXII

MADRID
IMPRENTA Y LIBRERÍA DE NICOLÁS MOYA
Garellano, 6 y Carretas, 8.

1906

UNIV. OF
CALIFORNIA

R71
R4
v.72-73

Gift of J. C. Cebrian

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

OCLUSIÓN INTESTINAL

CONSECUTIVA Á UNA FORMA ANATOMICA RARA DE ESTENOSIS DEL INTESTINO

POR EL

DR. D. JOSÉ GOYANES

Cirujano de número, por oposición, del Hospital provincial; Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid.

No hace muchos días fuí llamado con toda urgencia al Hospital provincial para ver á un pobre paciente, enfermero de la casa, que presentaba el grave cuadro de la oclusión intestinal aguda. Las particularidades de la lesión del intestino, observadas en el acto operatorio, y el gravísimo daño producido al enfermo por un tratamiento anterior desacertado, son bastante motivo para exponer el caso en la prensa profesional.

El enfermo era robusto y bien conformado, de cuarenta y dos años, que sufría de tiempo en tiempo trastornos gastro-intestinales de aspecto de cólico, con estreñimiento, vómito, dolor y meteorismo, que iba sorteando sin detrimento para la nutrición y demás funciones.

El día 4 de marzo, después de una indigesta comida (lata de pimientos), comenzó á sentir molestias parecidas á las de anteriores accesos, pero con dolor intensísimo en el mesogastrio, meteorismo y estreñimiento absoluto para gases y heces fecales. En el transcurso de tres días le fueron administrados *tres fuertes dosis de purgantes salinos y oleosos* (aceite de ricino), y como no habían producido deposición alguna, la familia del paciente, por indicación de un médico, le aplicó *un enema de agua carbónica, introduciendo para ello una sonda de goma en el recto y vaciando en el intestino el con-*

33817

tenido de un sifón de agua de Seltz enchufado á la sonda, enema que produjo al enfermo intolerables dolores de vientre.

El día 7 por la tarde ví al paciente en estado de intensa gravedad, con vómitos fecalóideos reiterados, descenso de la temperatura (36°,4), facies abdominal, pulso pequeño y frecuente, y secreción escasa de orina. Los síntomas regionales consistían en meteorismo difuso, sobre todo en la parte alta y central del abdomen, zona hepática algo rechazada hacia el tórax y dolor intenso en el vientre, sobre todo en el mesogastrio.

Un enema de aceite á poca presión que puse al enfermo con un tubo de goma y un embudo, produjo dolores intensos y no fué devuelto, por lo cual y visto el estado de gravedad (íleus de probable localización en el intestino delgado por su curso agudo y por dominar el meteorismo en la zona central del vientre, y determinado quizás por una estrechez intestinal crónica), decidí practicar la laparotomía, después de reanimar al enfermo con inyecciones de suero y cafeína.

Abierto el vientre por la línea media mesohipogástrica, encontramos tres ó cuatro asas intestinales meteorizadas y congestionadas, hicimos una punción con un trócar fino para vaciarlas de su contenido gaseoso y exploramos la zona baja del abdomen, con la gran sorpresa de notar un fuerte olor á materias fecalóideas y aceite, y descubrir estas substancias en la porción declive de la cavidad abdominal. Nos convencimos, por lo tanto, de la existencia de una perforación intestinal y para descubrirla mandamos introducir un insuflador de termocauterio en el ano; el aire inyectado pasaba á la cavidad del abdomen á través de una *perforación de la pared anterior del recto* en la zona de transición al colon pelviano; las paredes rectales estaban rasgadas en una gran extensión y la mucosa perforada se herniaba á través de ellas; *estas lesiones fueron evidentemente producidas por una explosión rectal determinada por el enema de agua carbónica.*

Suturada la perforación de la pared del recto, procedimos á buscar la lesión determinante de la íleus. Esta radicaba en el intestino delgado, á unos 50 cm. del ángulo ileocecal, y estaba representada por *una estrechez circunscrita, rodeada de un anillo lipomatoso arborescente,* que partía de una de las caras del mesenterio para terminar en la otra. El mesenterio presentaba á todo lo largo de la inserción entérica una multitud de lóbulos adiposos arborescentes, parecidos á gruesos y apretados apéndices epiplóicos, y en todo el

resto de su extensión una espesa capa adiposa entre las dos hojas peritoneales. Por encima de la estrechez el asa intestinal aparecía enormemente dilatada y de gruesas paredes (hipertrofia muscular entérica bien conocida y constante en las estrecheces del intestino) y con éxtasis venoso; por debajo del anillo estrictural el asa se hallaba vacía, colapsada y de color rosado. Practicamos sin pérdida de tiempo una entero-anastomosis lateral, siguiendo la técnica corriente, y cuando creímos terminado lo más importante de la operación, descubrimos á unos 20 ó 25 cm. por encima de la estrechez inferior otra segunda, exactamente igual, que hicimos desaparecer practicando la enteroplastia á lo Heinecke-Mikulicz. La incisión longitudinal de la estenosis nos permitió observar que el calibre del asa á su nivel era igual al de una pluma de ave, que la mucosa estaba atrófica, pero no ulcerada, la muscular hipertrofiada por encima de la estrechez y sustituída por tejido esclerótico al nivel de ésta, y la serosa reemplazada por las vegetaciones lipomatosas.

Después de lavar el peritoneo con abundante cantidad de disolución salina fisiológica y colocar un desagüe á lo Mikulicz en el ángulo inferior de la herida hasta la pared rectal perforada y cosida, cerramos el abdomen en el resto de la incisión.

El paciente decayó mucho durante la última fase operatoria y falleció veinte horas después.

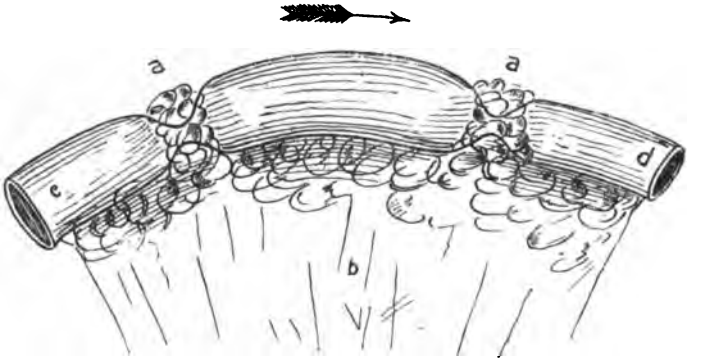
Sirva de escarmiento este caso (que quizá se hubiera salvado sin la grave complicación de la peritonitis perforativa) para aquellos médicos que no se paran en poner en práctica procedimientos verdaderamente brutales. Roturas del intestino determinadas por los enemas de agua carbónica se hallan ya consignadas en la literatura médica (casos de Jalaguier y Lebec), y con las inyecciones de hidrógeno, propuestas por Senn, se han producido también en tres casos de Bryant. Es en verdad sorprendente que el autor de este último procedimiento alegue, para demostrar la inocuidad de su método, que las paredes del intestino resisten una presión de 4 á 6 atmósferas.

La posibilidad de una rotura intestinal me obliga, pues, á elevarme enérgicamente contra el empleo sistemático de los enemas de agua carbónica á alta presión y de las llamadas mezclas gasígenas en las oclusiones del intestino.

Pero el caso referido merece también comentarios desde el punto de vista anatómico, puesto que, recorriendo la exposición que los autores clásicos de enfermedades intestinales hacen de la anatomía

de las estenosis del íleon, no he encontrado descrita la forma anatómica observada, á la que me atrevo á calificar de *estenosis anular lipomatosa* (véase la figura). La lipomatosis del borde mesentérico había invadido, como hemos ya dicho, la superficie libre del intestino en forma de anillo de 2 cm. de ancho por 1 á 2 de espesor; la mucosa estaba atrofiada y la muscular reemplazada por tejido escleró-sico de infiltración. Por lo demás, la invasión lipomatosa mesentérica era perfectamente limitada, y en el resto de la superficie del íleon no se veía vegetación epiplóica alguna, que es lo que en condiciones normales sucede.

La superficie externa de las estenosis intestinales se halla descrita muy parcamente en los tratados. Nothnagel (*Die Erhrankungen des*



Esquema de la estenosis lipomatosa anular. — *a*, *a*, anillos lipomatosos estenósicos; *b*, mesenterio; *c*, asa aferente; *d*, asa eferente.

Darms und des Peritoneum, Wien., 1898, pág. 266), después de algunas consideraciones sobre las causas, número y longitud de las estrecheces, dice que «en la superficie externa de las mismas existen con mucha frecuencia engrosamientos peritoníticos y, con frecuencia también, adherencias con otras asas intestinales y con otros órganos (bazo, hígado, etc.)».

Menos explícito es todavía Boas en su conocido tratado (*Dianostik und Therapie der Darmkrankheiten*, 1899, pág. 427), aunque hace referencia á los trabajos de Riedel sobre las estenosis producidas por la retracción mesentérica, la cual puede originar no tan sólo el vólvulo de la S ilíaca, sino también estenosis del yeyuno-íleon, cuando la retracción peritoneal se localiza en el mesenterio del intestino delgado. Pero estas lesiones son completamente distintas de la observada por nosotros.

En un trabajo de los más recientes y completos sobre las estenosis intestinales, con especial referencia á las tuberculosas, publicado por el profesor Wieting en la *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tomo 78, pág. 341: Beitrag zur Pathogenese und Anatomie der auf entzündlicher, namentlich tuberc. Basis entstand. Darmstrikturen, etcétera, tampoco se halla descrita ni representada en las numerosas figuras del texto esta invasión anular del tejido adiposo del mesenterio.

En el tumor ileocecal tuberculoso, las masas adiposas que á veces existen, no son de naturaleza productiva, sino restos de los apéndices epiplóicos, y en el intestino delgado la serosa de la estrechez puede hallarse ulcerada (estenosis tuberculosas principalmente), y desprovista de epitelio peritoneal y retraída.

Por desgracia, la falta de autopsia no permitió en nuestro caso averiguar la naturaleza de las estrecheces, dato que á veces escapa aun á la investigación microscópica más detenida, y por lo tanto, determinar la índole primaria ó secundaria de la vegetación lipomatosa arborescente. Claro es que no se puede negar ni afirmar que en la observación expuesta las estenosis fueran de naturaleza tuberculosa (faltando antecedentes de traumatismo, herencia, sífilis, tifoidea, disentería, etc., quedan excluídos los respectivos procesos ulcerosos con estenosis subsiguiente), hablando en favor de la naturaleza fímica de la estrechez su localización en el íleon y su multiplicidad (12 estenosis del intestino delgado en un caso de Hofmeister: *Berl. klin. Woch.*, 1896, pág. 227; 9 en otro de Wieting, loc. cit.; 10 en uno de Sœrensen: *Deutsche med. Woch.*, V. B., núm. 2), mientras que la falta de tuberculosis de otros órganos y de ulceraciones tuberculosas en el intestino no la excluyen en modo alguno.

En definitiva, la lesión observada en el caso expuesto es muy interesante y rara, y merece la pena dirigir una investigación biópsica y necrópsica para descubrir alteraciones análogas. Si la estrechez es consecutiva á la invasión de la pared intestinal por los lóbulos adiposos del mesenterio (la enorme diferencia que existe entre la longitud del intestino en el lado de la inserción mesentérica y la del lado libre puede considerarse como un precedente fisiológico), estamos autorizados á considerar como nueva forma anatómica la *estenosis lipomatosa anular*. Si la invasión de la grasa mesentérica es secundaria y subsiguiente á alteraciones de la serosa de la zona estenosada, la lesión tiene menos interés, pero el suficiente para llamar sobre ella la atención.

En cuanto al tratamiento de las estrecheces, la enteroplastia debe reservarse para las estenosis sencillas y de tejidos relativamente sanos; la anastomosis, con exclusión del asa ó asas estenosadas, debe practicarse en los enfermos muy decaídos por afección crónica ó aguda (íleus) y la resección, con sutura ó botón de Murphy, en todos los demás casos.

REVISTA DE TERAPÉUTICA Y FARMACOLOGÍA

POR EL

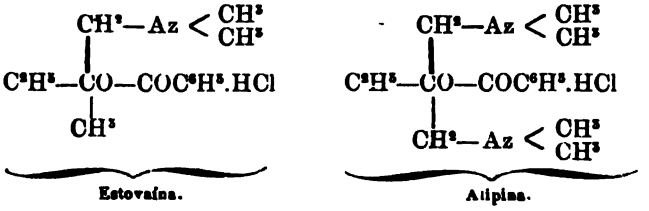
DR. D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.

SUMARIO: I. Dos nuevos anestésicos locales.—II. Empleo de la sal marina contra el reumatismo crónico.—III. Acción diurética de las irrigaciones rectales.—IV. Los rayos X como remedio de algunas neuralgias.—V. Un buen tenífugo para los niños.

I. **Dos nuevos anestésicos locales.**—El importante grupo farmacológico de los anestésicos locales, á cuya cabeza figuran medicamentos tan activos y de tanta utilidad en la práctica médica, como la cocaína, la acoína, la eucaína, el ortoformo, la estovaína y la anestesina, acaba de enriquecerse con dos nuevos productos sintéticos, dotados, al parecer, de gran energía medicamentosa, y que han sido introducidos en terapéutica con las denominaciones comerciales de Alypina y Novocaína.

La primera es un *clorhidrato de benzoil-tetrametil-diamino-pentanol*, que sólo se diferencia de la estovaína (*clorhidrato de benzoil-dimetil-amino-pentanol*) por contener un grupo amino-dimetilado. $Az < {CH^3 \atop CH^3}$ más que este último, según puede apreciarse comparando las fórmulas de constitución correspondientes á dichos cuerpos.



Se presenta bajo forma de polvo blanco, cristalino, fácilmente soluble en el agua y en el alcohol; fusible á los 169°; que precipita de

sus disoluciones acuosas por los reactivos generales de los alcaloides y por el yoduro de potasio; que puede soportar sin descomponerse temperaturas superiores á 100°, prolongadas durante diez minutos, y que posee una acción fisiológica exactamente igual á la de la estovaína, pero mucho más intensa, sobre todo cuando se introduce en el organismo por medio de inyecciones intravenosas.

Introducida debajo de la piel ó aplicada sobre una mucosa en solución al 4 por 100, produce una completa insensibilidad de todos aquellos tejidos con quienes se pone en contacto, por parálisis de las terminaciones periféricas de los nervios correspondientes; pero como sucede con la cocaína y con la misma estovaína, esta parálisis se desarrolla también en los centros y en los troncos nerviosos cuando el medicamento de que se trata se pone en contacto directo con ellos.

Para anestesiar la conjuntiva y la córnea bastan soluciones al 2, pero tiene el inconveniente de determinar una intensa hiperemia de todos los tejidos del ojo, debida á sus pronunciados efectos vasodilatadores.

La acción tóxica de la alipina se traduce por una parálisis más ó menos completa del sistema nervioso central (según la importancia de la dosis administrada) con localización muy especial en el bulbo y, sobre todo, en el centro respiratorio. Esta parálisis va precedida de un período de excitación caracterizado por convulsiones tónicas y clónicas, acompañadas algunas veces de alucinaciones é hiperestesia. La muerte sobreviene en todos los casos por asfixia.

Sobre el aparato circulatorio actúa disminuyendo la frecuencia y la energía de las contracciones cardíacas, pero donde principalmente se manifiesta su influencia es en la presión vascular, que desciende bruscamente hasta 8 y 10 milímetros de mercurio á los pocos segundos de haber practicado una inyección intravenosa con solución al 2 por 1.000 de la expresada droga. La dilatación de los vasos es un fenómeno que se observa siempre después de la aplicación del anestésico, lo mismo que sucede con la estovaína; pero, al contrario de lo que ocurre con esta última, pueden modificarse sin peligro alguno dichas propiedades vasodilatadoras, con sólo añadir á sus soluciones acuosas algunas gotas de adrenalina al milésimo.

La solución diluída al 1 por 100 carece de acción tópica irritante y no modifica el estado de la pupila, las funciones de acomodación ni la presión intravascular; pero las concentradas al 4 ó 5 por igual proporción, irritan fuertemente los tejidos que tocan y dan origen á

una midriasis bastante pronunciada que suele prolongarse cerca de una hora.

En cuanto á su coeficiente de toxicidad por kilogramo vivo, puede evaluarse, según se desprende de los estudios experimentales de Impens y Chevalier, en 7 centígramos por vía subcutánea, en 6 por vía intraperitoneal y en 2 miligramos bajo forma de inyecciones intravenosas.

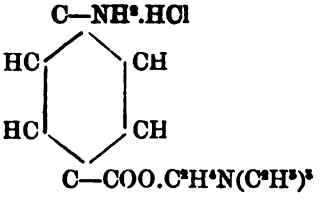
Hasta ahora sólo se ha empleado en laringología, urología, oftalmología y operaciones dentarias, utilizando soluciones acuosas cuya concentración ha variado entre 2 y 4 por 100. En la práctica quirúrgica ordinaria no ha llegado á generalizarse, pues para obtener una anestesia algo duradera se necesita hacer uso de soluciones al 4, las que inyectadas debajo de la piel suelen dar origen á grandes fenómenos de irritación local y hasta algunas veces á verdaderos focos de gangrena.

Estas mismas propiedades irritantes contraindican formalmente su empleo en la práctica de la anestesia medular por medio de inyecciones intrarraquidianas.

En resumen; el medicamento de que se trata es un anestésico local de acción fisiológica muy semejante á la de los demás compuestos farmacológicos del mismo grupo, sobre todo á los de la estovaína y cocaína, pero de propiedades terapéuticas muy inferiores á las de dichos cuerpos. Del primero se distinguen por desenvolver mayor irritación local y poseer un coeficiente de toxicidad mucho más grande; del segundo, ó sea de la cocaína, por desarrollar efectos vasodilatadores bastante acentuados y ser más irritante, menos anestésico y algo menos tóxico (sobre todo cuando se administra por vía subcutánea).

***

El segundo compuesto medicinal de que hoy tenemos que ocuparnos, es la *Novocaina* ó clorhidrato ácido de *p-amino-benzoil-etil-amino-ethanal*,



obtenido por primera vez por Einhorn y Uhfelder, y que se presenta bajo la forma de finas agujas incoloras, fusibles á 156, solubles en

su peso de agua fría y en 30 partes de alcohol ordinario. Las soluciones acuosas de este nuevo remedio pueden someterse durante quince ó veinte minutos á temperaturas de ebullición, sin que se alteren ni descompongan en lo más mínimo.

Según se deduce de los experimentos practicados por Bieberpel (de Breslau), la novocaína desenvuelve ya una acción anestésica bastante pronunciada, con soluciones al 0'25 por 100; pero nunca produce efectos secundarios desagradables, ni aun haciendo uso de soluciones muy concentradas (al 20 por 100). No desenvuelve acción tópica irritante, pues puede aplicarse sin inconveniente alguno bajo forma de polvo sobre los tejidos más delicados, y no ocasiona ningún trastorno de la respiración ni de la circulación cuando se administra por vía subcutánea en cantidad de 15 á 20 centígramos por kilogramo del animal sometido á la experiencia.

Dosis más altas desenvuelven los mismos fenómenos que la cocaína, la estovaína, la alipina y demás medicamentos del mismo grupo, pues hacen descender la presión sanguínea y paralizan los centros nerviosos, ocasionando la muerte por asfixia; pero para llegar á producir tan graves accidentes se necesitan cantidades muy elevadas de este nuevo anestésico, desde el momento que su dosis tóxica mortal puede calcularse en 35 á 40 centígramos por kilogramo vivo.

Las indicaciones de la novocaína son, en general, las de los compuestos análogos, pero muy especialmente la anestesia quirúrgica y las extracciones de dientes, á causa de su débil toxicidad y de carecer casi en absoluto de acción tópica irritante. Brandt ha llevado á término 150 operaciones, sin más anestesia que la determinada por este nuevo producto medicamentoso, no obstante figurar en dicha estadística algunos casos de uranoplastias, estafilorrafias, gastrostomías y entérostomías.

Como se trata de un compuesto vasodilatador, es conveniente para evitar grandes hemorragias en los actos quirúrgicos, añadir á la solución de novocaína pequeñas cantidades de adrenalina, según se detalla en las fórmulas siguientes:

Núm. 1.	Novocaína....	10 centígramos.
	Solución salina fisiológica.....	10 gramos.
	Solución de adrenalina al milésimo...	X gotas.

Núm. 2.	Novocaína.....	10 centígramos.
	Solución salina fisiológica.....	5 cent. cúb.
	Solución de adrenalina al milésimo...	X gotas.

Esta última, que corresponde á una solución al 2 por 100, está principalmente indicada en los casos de extracciones dentarias ó de operaciones muy largas y dolorosas; en todos los demás bastan las soluciones al centésimo, como las representadas por la fórmula núm. 1.

En resumen: la novocaína parece ser un anestésico ideal, de acción terapéutica tan duradera y acentuada como la cocaína, desprovisto por completo de acción irritante local y mucho menos tóxico que todos los demás medicamentos análogos empleados hasta ahora, excepción hecha de la estovaína.

Esperemos, sin embargo, á que nuevos estudios experimentales vengan á confirmar tan halagüeñas promesas.

II. **Empleo de la sal marina contra el reumatismo crónico.** — Hace ya mucho tiempo que se emplea empíricamente en Rusia por las gentes del pueblo un tratamiento muy eficaz del reumatismo crónico, que consiste en friccionar las articulaciones enfermas con sal común ligeramente humedecida. Dichas fricciones se repiten dos ó tres veces al día y se prolongan durante quince minutos, envolviendo después la parte friccionada en un trozo de bayeta caliente ó en una gruesa capa de algodón.

Teniendo en cuenta los buenos resultados obtenidos con tan sencillo procedimiento, el Dr. N. Falipie ha hecho uso de la sal marina en solución concentrada y bajo forma de compresas, en once casos de reumatismo articular crónico. Después de aplicar la compresa bien empapada en la solución de sal, sobre la articulación invadida, la rodea de franela y de tafetán gomado, renovando las aplicaciones cada cuatro horas.

Todos los enfermos tratados de esta suerte curaron por completo en un plazo relativamente corto, pues rara vez solía exceder de tres septenarios. Además, el dolor y la tumefacción desaparecían muy rápidamente, sin que en ningún caso pudiera comprobarse la existencia de fenómenos de irritación local.

III. **Acción diurética de las irrigaciones rectales.** — Según un artículo publicado en el *British Medical Journal*, los enemas de solución fisiológica de cloruro de sodio desenvuelven un efecto estimulante sumamente acentuado sobre las funciones renales, determinando un aumento tan rápido y seguro de la cantidad de orina como el que producen los diuréticos más activos de nuestra materia médica.

Gracias á esta acción especial se consiguen dos importantes re-

sultados: el aumento de la cantidad de orina y la disminución de las congestiones renales, observándose en el primero dos períodos distintos que corresponden á una aceleración refleja de la circulación sanguínea y á una mayor actividad en la absorción y filtración del líquido por parte de las células propias del órgano.

La experiencia clínica ha demostrado que cuando la tensión arterial está muy elevada, las irrigaciones rectales producen súbitamente un ligero aumento, pero sólo se trata de un fenómeno muy pasajero que no tarda en ir seguido de considerable disminución, gracias al desarrollo de una abundante diuresis unida á una mayor actividad de las funciones intestinales. Dicho descenso de presión sanguínea va acompañada de gran sensación de bienestar y á veces de sueño.

He aquí el método que el Dr. Coleman Kemp recomienda: colocado el enfermo en el lecho en posición lateral y con las piernas dobladas, se introduce en el recto una cánula de doble corriente; se adapta á ella el tubo de un irrigador de varios litros de cabida lleno de solución décimonormal de cloruro sódico caliente, y se regula la presión de manera que, aunque la referida solución entre y salga de continuo en el intestino, permanezca siempre en él una cantidad aproximada á 500 gramos. De este modo deben inyectarse, durante cada sesión, unos 30 litros de dicho suero artificial.

Si fuera necesario, no hay inconveniente en repetir las irrigaciones cada tres ó cuatro horas, y gracias á tan sencillo procedimiento, que bien pudiera llamarse de corriente continua, se obtiene el máximum de absorción, que el autor ha calcula en 1 litro por cada 3 ó 4 que se irrigan.

IV. **Los rayos X como remedio de algunas neuralgias.**—Sabido es que uno de los más constantes y valiosos efectos de los rayos Röntgen, cuando se aplican contra los tumores malignos, es la producción de una analgesia más ó menos intensa y duradera, pero que no falta nunca. Partiendo de este hecho plenamente demostrado por todos los especialistas, el Dr. Leonard ha tenido la idea de aplicar dichos efectos anestésicos al tratamiento de las neuralgias, obteniendo hasta ahora resultados que pueden calificarse de muy satisfactorios, pues entre otros éxitos de menor cuantía, cuya descripción carece de interés, presenta la observación de dos casos crónicos y rebeldes completamente curados, después de haber resistido durante mucho tiempo á toda clase de remedios antineurálgicos, tanto externos como internos.

El primero se refiere á un enfermo de neuralgia suborbitaria consecutiva á la gripe: después de haber hecho uso inútilmente de multitud de medicaciones, recurrió al empleo de los rayos Röntgen, iniciándose la mejoría desde la primera sesión, de tres minutos, y llegando á curar por completo algunas semanas más tarde. El otro corresponde á un individuo que venía sufriendo desde hacía siete meses una neuralgia muy aguda de los dos nervios dentales y que antes la había padecido en diferentes ramos del trigémino. Tres sesiones de á cinco minutos cada una, repetidas un día sí y otro no, bastaron para determinar el alivio de los fenómenos dolorosos, y la curación fué definitiva, á partir de la octava, sin que en dos años hayan vuelto á manifestarse nuevos ataques.

Además, el autor afirma que la radioterapia puede ser útil hasta en ciertas formas de neuritis, fundándose para hacer tal afirmación en el caso de una mujer asistida por él, y que no obstante hallarse afectada de neuritis del facial con degeneración del nervio, conseguía verse libre de dolores durante toda la tarde y una parte de la noche que seguían á la aplicación de dicho remedio. En otro enfermo con tic doloroso de la cara, cuyas crisis se reproducían cada cinco minutos, privándole del sueño y del descanso, la beneficiosa influencia de los rayos X se hizo sentir casi en seguida, manifestándose por la cesación de los dolores y por la desaparición de las crisis convulsivas.

El mismo autor ha tenido ocasión de observar efectos análogos en otra multitud de dolores independientes de las neuralgias y, sobre todo, en los provocados por la gota y por el reumatismo articular crónico.

V. **Un buen tenífugo para los niños.** — El Dr. Guida recomienda:

Acido salicílico....	50	centígramos.
Extracto etéreo de helecho macho.....	75	—
Goma arábiga.....	8	gramos.
Jarabe simple.....	50	—
Agua destilada.....	100	—
Esencia de canela.....	X	gotas.

Para tomar toda la fórmula en ayunas en dos fracciones con una hora de intervalo.

Otros prefieren:

Extracto etéreo de helecho macho.....	4	gramos.
Goma arábiga en polvo.....	4	—
Jarabe de éter....	40	—
Agua destilada de menta.....	100	—

Para tomar por la mañana en ayunas en una ó dos veces.

También pueden administrarse las flores de Kouso (10 ó 15 gramos de polvo mezclados con 20 ó 30 de azúcar); el semen contra muy recomendado por Chaussur:

Calomelanos al vapor.....	10	centígramos.
Semen contra.....	20	—
Alcanfor.....	15	—
Jarabe de goma.....	80	—

ó la esencia de trementina, que suele dar en ciertos casos rebeldes resultados superiores á los demás tenífugos:

Esencia de trementina..... ..	6	gramos.
Poción gomosa...	100	—

Para tomar de una vez.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR RODOLFO DEL CASTILLO

SIGNACVLA MEDICORVM OCVLARIORVM, por Mr. Emilio Espérandieu.

La epigrafía en todos los tiempos ha tenido gran importancia por los interesantes datos que ha suministrado á la historia y á la filología. En sus comienzos, dió preferencia al estudio de los epígrafes griegos y latinos, pero más adelante y á principio del siglo pasado penetra en el Oriente, y aquellos pueblos que hasta entonces habían sido arca cerrada á nuestras investigaciones, preséntannoslo á nuestros ojos con todas las maravillas de su espléndido pasado. A las inscripciones Coptas debieron Champollion y otros el conocimiento de la vida del antiguo Egipto, de igual suerte que á los descubrimientos de Layard, en Ninive, debemos á Smith el que nos haya revelado la espléndida civilización Asirio-Caldea.

De todas las inscripciones, las más estudiadas han sido las latinas, y á ellas pertenecen las de los llamados sellos de oculistas romanos, que en poco tiempo ha venido á constituirse en una especialidad, que ha testimoniado lo que la oftalmología era en los tiempos de Augusto, y si bien Sichel, Grotefend, Klein, Villefosse, Thedenat y otros habían ya publicado numerosos é interesantes trabajos referentes á ellos, es lo cierto que al sabio Mr. Emilio Espérandieu débese la obra más completa hasta hoy publicada, con su libro titula-

do *Recueil des cachets d'oculistes romains*, en el cual su autor da á la estampa todas las inscripciones de aquellos sellos hasta entonces catalogados, con los nombres de los oculistas, el de los colirios, sus aplicaciones en las diversas afecciones de los ojos, etc., y termina su obra con una bibliografía de lo más completa de cuantos trabajos se habían publicado desde los de Juan Smet, en 1678, hasta nuestros días.

Cuando esta obra se publicó en 1893, fué objeto su autor de los plácemes más entusiastas, y se le consideró como uno de los epigrafistas más distinguidos de la Francia, pues su obra era la síntesis de cuanto se había dicho y discutido referente á unos monumentos que venían á esclarecer la historia de la oculística en los dominios de Roma.

No estimamos impertinente el que se diga que Mr. Espérandieu no es médico, ni oculista, sino un ilustre oficial del ejército francés, y que los ocios que le permite la milicia los emplea en el estudio de la arqueología, en la que, como ya hemos dicho, ha conquistado nombre y fama, y tan es así, que los alemanes, que son hoy los que caminan á la cabeza de los estudios de la epigrafía latina, le han confiado el trabajo de agrupar todas estas inscripciones, que han de servir para el volumen XIII del *Corpus inscriptionum latinorum.*

De este trabajo ha hecho Mr. Espérandieu un libro por separado que titula *Signacula medicarum oculariorum*, en el que comienza diciendo: «Las inscripciones especiales que empleaban los médicos oculistas se hallan descritas en multitud de folletos, de los cuales sólo haré aquí mención de aquellos que estimo de mayor interés, pues de los demás creo que bastará con citar los lemas que llevan cada uno de los sellos»; á continuación va enumerando las inscripciones de estos sellos, indicando la substancia de que se componen, sus dimensiones, forma geométrica, año y lugar en que fueron hallados, número de inscripciones y sitio en que van grabadas, las que se reproducen con exactitud por delicadas improntas. Las inscripciones de muchas barras de colirios encontradas en su mayoría en una tumba romana en Reims, allá por el año de 1854, como la de muchos vasos de los destinados por los oculistas para conservar los colirios, hacen un total de 231 inscripciones, que son hasta hoy las conocidas. Como estos sellos eran muy variados, como ya hemos dicho, el autor del libro los describe en capítulo separado, y á medida que va indicando sus particularidades, les señala el número de orden para mejor comprensión del lector.

Después, y por orden alfabético, da á conocer los nombres y cognomes de los oculistas que figuran en él, los colirios y las enfermedades en que debían aplicarse éstos.

Varios capítulos indican después los nombres de los lugares en donde fueron hallados, museos y centros científicos en que se encuentran, como los que se hallan en poder de particulares, y por último, termina tan interesante obra con un atlas de los facsímiles de los sellos descritos.

Para terminar, diremos que el autor ha dado á su libro un corte clásico y en él refleja sus profundos conocimientos y gran erudición en rama tan difícil de los conocimientos humanos, y por ello no hemos de regatearle nuestra modesta felicitación por tan meritísima obra.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 12 de Mayo de 1906.

Profilaxis de la tuberculosis. — El Dr. *Hernández Briz*, al reanudarse este debate, dice que en el importantísimo asunto de la tuberculosis había que tener presente dos puntos de mira: el primero, la lucha contra el esputo, procurando por todos los medios posibles combatir el germen específico, la semilla tuberculosa, pues sin el germen ó semilla no hay enfermedad, como lo prueban aquellas poblaciones donde no existía todavía la tuberculosis, por no haber llegado á ellas dicho germen. Al efecto, recuerda lo expuesto por el Dr. Larra al hablar de una población que estuvo muchos años siendo desconocida esta dolencia, hasta que ahora la padecen por haber llegado á ella la semilla de la enfermedad; que lo mismo ocurre en un pueblo de la Sierra, Peguerinos, á 1.600 metros de altitud, que no la padecen hasta que es llevada por alguno. Que desgraciadamente no habrá ningún pueblo que sea refractario á esta plaga, así como tampoco habrá ninguna edad de la vida en que no se padezca esta enfermedad; que desde el niño recién nacido hasta el anciano de más edad, en todas las épocas se contrae y se padece esta dolencia, que ataca á todos los tejidos de la economía, y de aquí las numerosísimas variedades que presenta.

El segundo punto de mira es mucho más importante que el primero: es *hacer estéril el terreno humano* para que no germine en él la semilla tuberculosa; mantener despiertas y activas las defensas orgánicas; sostener

la perfecta nutrición celular; vigorizar el organismo y la raza por todos los medios. Que hay que combatir el *alcoholismo* y la *sífilis* que contribuyen poderosamente á favorecer los estragos de la tuberculosis; que el sifilítico que adquiere la tuberculosis es, como ha dicho un gran clínico, una vela que se consume por los dos extremos para desaparecer rápidamente.

Para vigorizar y fortalecer al hombre, hay que empezar desde el nacimiento; que la alimentación y crianza del niño tiene que reglamentarse, pues en todas las clases sociales hay un desconocimiento absoluto en todo cuanto á este importantísimo asunto se refiera. Dice que mucho antes del nacimiento hay que dirigir nuestra mirada por los hijos del alcohólico y sifilítico; son seres raquíticos y miserables, como decía elocuentemente el genial Letamendi; de esos padres *nacerán borradores de hijos, incapaces de ponerlos en limpio la diosa Hygea con todo su poder.*

Hay que multiplicar las instituciones de las *Gotas de leche*, como la fundada por el Dr. Ulecia; publicar cartillas y dar conferencias en escuelas y colegios, etc., y hacer propaganda de estas ideas.

Debe combatirse toda enfermedad *tuberculígena*, como el *sarampión*, la *coqueluche* y la *gripe*, las cuales despiertan y abonan el terreno para que en él germine la tuberculosis que estuviese latente en la convalecencia de estas enfermedades, pues cree el Dr. Briz que las toxinas del bacilo de estas tres enfermedades tienen muchos puntos de contacto con la toxina de la tuberculosis. Que hay que ocuparse de la grandísima mortalidad de los niños menores de doce años, y que por miles se cuentan los que sucumben en Madrid de meningitis, probablemente la mayoría de ellos de naturaleza tuberculosa y de otras clases de *meningitis bulbares*, rápidamente mortales, que hace falta estudiar, citando lo que ocurría en un colegio de esta corte, que había producido justificada alarma los casos presentados, pues en horas morían algunos niños sin dar tiempo á que los viera el médico, y con un síndrome más ó menos parecido á la meningitis cerebro-espinal.

Dice que está conforme con cuanto había dicho el Dr. Tolosa respecto á los sanatorios marinos, que debían multiplicarse, porque contribuían poderosamente á fortalecer al niño, curándole sus enfermedades pretuberculosas, y que ahora se ocuparía de la acción terapéutica, indicaciones y contraindicaciones del *clima de montaña*. Que la experiencia personal durante diecisiete años seguidos en el verano y parte del otoño, en la sierra de Guadarrama, zona granítica de la provincia de Madrid, le había permitido observar la acción verdaderamente prodigiosa; que tenía hechos que veía confirmados por los principales clínicos é higienistas de Europa.

Añade que es tan accidentado el terreno de nuestra península, que no teníamos que envidiar á nadie para poseer el clima que nosotros necesitásemos; que sin salir de Madrid, sin perder de vista la torre de Santa Cruz, estaban representados los principales climas, pues desde el punto más alto, que es la Peña Lara, hasta el más bajo, que está en la confluencia del Tajo con el Algodor, hay un desnivel de cerca de 2.000 metros; que con este sólo dato se viene en conocimiento de lo desigual de su territorio.

La Sierra llamada comunmente de Guadarrama es una estribación de la cordillera Carpetobetónica, que se estudia desde saliente á poniente, cerrando el norte y con exposición al mediodía; que está en la zona graní-

tica de la provincia y que tiene numerosos pueblos perfectamente urbanizados; que desde Miraflores de la Sierra, El Espinar, Guadarrama, El Escorial, San Lorenzo, hasta San Martín de Valdeiglesias, Las Navas, etcétera, podían utilizarse perfectamente por encontrarse en la altitud del *clima de montaña.*

El *clima de montaña* ha de tener una altitud de 1.000 á 1.300 metros de altura media, la mejor de todas, según todos los observadores, pues las débiles disminuciones de presión que corresponden á esta altitud no tienen contraindicaciones y es donde deben instalarse los sanatorios de montaña; que á esta altura es más amplia y rápida la respiración, que el tórax se dilata mejor, el anhídrido carbónico de la sangre disminuye, y que los actos respiratorios son habitualmente mejor estimulados, según las observaciones de Veragut, Reguerd, A. Robin, Binet, etc.

Entre los muchísimos niños menores de once años, que en los diecisiete años había observado (teniendo en cuenta que sólo á El Escorial concurrían en los veranos unos 3.000 próximamente), en todos ellos se observaba, hasta por las personas indoctas, la mayor oxigenación de la sangre; que llegaban pálidos, anémicos, y á los pocos días su piel se coloraba de carmín, la mirada era más viva, el apetito aumentaba, el sueño era mayor, en una palabra, que la nutrición era más activa.

Hay que tener presente que en el clima de montaña son varios los factores que le daban carácter y especialización.

1.° La altitud media ya indicada.

2.° La mayor luminosidad de la atmósfera; que la luz en toda esta región es más viva; que los rayos químicos, los ultravioletas, son más intensos y numerosos; que experimentalmente había comprobado que la placa fotográfica necesitaba mucha menos exposición en esa altura que en los sitios bajos. Que es tan importante esta acción del agente luminoso, ejerce tan maravillosa influencia en el organismo humano, que una parte grandísima de sus beneficios se debe indudablemente á esto. Cita las observaciones recogidas en los artilleros, que subieron á las alturas del Puerto de Malagón y meseta del arca de San Juan (1.600 y 1.736 metros), sitios de atmósfera fría, y que se observó el fenómeno del desprendimiento de la epidermis de la cara.

La luz solar dice que tiene una acción verdaderamente mineralizadora, tónica en alto grado, efectos terapéuticos de todos conocidos.

El tercer factor, y de una importancia excepcional, descubierto recientemente, es la *radio-actividad de la atmósfera.* Que el aire atmosférico ha demostrado el profesor Saake, en 1904, que contiene substancias radio-activas, habiendo visto que el aire es de tres á cinco veces más rico en substancias radio-activas en estas alturas que en los valles; que como la diferencia de tensión eléctrica entre el aire y el suelo aumenta á medida que nos elevamos, debe haber en las montañas una acumulación sobre la superficie del cuerpo humano de substancias radio-activas más considerable que en la llanura; añade que si no sería éste el secreto de la influencia favorable sobre el organismo de las altitudes; que empezaban á esbozarse ahora estos estudios y que el tiempo lo aclararía.

El cuarto factor es el suelo y los vegetales que lo pueblan. Que en esta

sierra el suelo es *gueis y granito;* que su vegetación es variadísima, existiendo 1.062 especies silvestres y asilvestrados de plantas, abundando las aromatico-balsámicas y las coníferas; que hay, por tanto, el quinto de la vegetación de España; que unido esto á la pureza de sus aguas de manantial, que procedentes del derretimiento de las nieves que en el invierno cubren las alturas, y filtradas por el granito, nacen purísimas, casi destiladas, por no disolver apenas sales, y muy frescas. Que el aire, impregnado del aroma de las plantas resino-balsámicas, le hace tónico y excitante en extremo.

El quinto factor lo forman los fenómenos meteorológicos. Que la sequedad de la atmósfera en verano y otoño es grande, pues apenas hay lluvias en esta época, cayendo alguna agua en otoño, muy poca. Que el cielo es despejado y de una transparencia y limpidez asombrosa, que se dibuja el contorno de las rocas en sus menores detalles sin bruma alguna. Que en invierno cae toda el agua y su primavera es muy desigual y ventosa, siendo, por tanto, el verano y otoño la mejor época, y la que se debe aprovechar para la cura de montaña.

La acción antiséptica del aire á estas alturas, que no contiene gérmenes ni bacterias, es grande, pues Koch, Mittchell, Groch, etc., han demostrado experimentalmente la desaparición de los bacilos en los esputos expuestos á la luz en estas alturas.

En el Real sitio de San Lorenzo el centro de sus observaciones está situado á la mitad próximamente de altura de la falda de la sierra Carpetana, con una altitud de 1.027 metros sobre el nivel del mar, habiendo en la actualidad numerosísimos caminos forestales que tienen un recorrido de 30 kilómetros, construídos unos por la Escuela de Montes y otros por la Intendencia de Palacio, que suben en zis zas por la montaña con pendientes muy pocas veces accesibles para las señoras y los niños, y por donde se puede subir á alturas como el Puerto de Malagón (1.600 metros) la meseta del arca de San Juan (1.736 metros), teniendo dos caminos horizontales de muchos kilómetros de extensión, y si se agrega á esto los millones de pinos plantados que para la repoblación de estas faldas tiene puestos la Escuela de Montes y la Intendencia de Palacio, que gracias al entusiasmo del marqués de Borja tantas mejoras tiene hechas que han transformado este Real Sitio, convirtiéndolo en un Sanatorio natural de primer orden, se comprenderá perfectamente las múltiples aplicaciones que pueden sacarse de estas ventajas.

El tratamiento *climatoterápico* de la anemia, linfatismo, escrofulismo (adenóideos, ganglionares, debilitados, etc.), neurópatas irritables, convalecencia de las enfermedades infecciosas (sarampión, coqueluche, tifoidea, etc.), estados todos ellos que pueden considerarse como *pretuberculosos*, se curan admirablemente, bien por la estancia durante una temporada en estos parajes, por la climatoterapia, que es superior á toda clase de drogas para combatir tales estados.

Que en los últimos Congresos de Medicina y Pediatría se habían puesto de manifiesto estos hechos; que en Suiza, bajo la genial idea del Padre Byon, se han organizado *Colonias escolares de vacaciones*, generalizadas hoy por todos los cantones; en Inglaterra, con su *Convalescen-Institution* difun-

didos por todo el país; en Francia también con sus Colonias escolares, cuyo defensor más entusiasta es Cottinet; en Alemania con sus *escursiones escolares* permanentes á los alrededores de Berlín; en Bélgica sosteniendo las Colonias escolares con suscripciones populares, etc., etc.; que en todos estos países se han comprobado las inmensas ventajas y los grandísimos beneficios que reportan para la salud pública la vida al aire libre y los climas de montaña, haciéndose de este modo verdadera profilaxis de la tuberculosis.

En España se deben aumentar los Sanatorios marinos y hacerse en diversas ragiones *Sanatorios de montaña*, y que respecto á lo que se refiere á la provincia de Madrid, pueden establecerse en cualquier parte de esta extensa sierra, verdadero pulmón de Madrid, tan sana y de condiciones tan excepcionales, á fin de que esos pobres niños del Hospicio, Asilo de las Mercedes, San Bernardino, etc., etc., pertenecientes á la Diputación Provincial, al Municipio, sociedades particulares, etc., pudieran permanecer durante los veranos y otoños en estos lugares, donde se fortalecerían y se curarían todos estos estados pretuberculosos, y su organismo fuerte y robusto resistiría perfectamente todas las causas debilitantes de las grandes poblaciones y no serían víctimas de la tuberculosis, reduciéndose su mortalidad muchísimo con sólo hacer esto, que por otra parte resultaría, á la par que muy humanitario, muy económico, pues el viaje podrían hacerlo á pie, los alimentos les saldrían más económicos que en Madrid, y con construir unos sencillos pabellones quedaba todo hecho.

Dice el Dr. Briz que tiene el clima de montaña hasta una acción curativa sobre ciertas formas de tuberculosis, citando varios casos clínicos, y de aquí la fama que tiene esta sierra, que se la llama el Panticosa del Guadarrama, y de la que el ilustre cirujano Federico Rubio tenía recogidas observaciones de curas prodigiosas en esta región.

Como contraindicación solamente ha visto que los *cardíacos mal compensados* y los que padecen de *miocarditis* les sienta mal esta altura, presentándose la asistolia que les obliga á regresar á Madrid; que en las formas *congestivas* y *hemorrágicas* de la tuberculosis también les sienta mal esta altura; que fuera de estos casos no ha visto contraindicación de ningún género, pues hasta en los ancianos la acción *tónica* y *reconstituyente* de estos climas les prueba admirablemente.

Para terminar, denuncia una grave falta de policía urbana, cual es los millares de verduleros y fruteros ambulantes que encierran en sus casas la mercancía, y muchos de ellos no tienen como vivienda más que una habitación, y debajo de las camas y en los rincones dejan las banastas, cestas. etc., llevan las frutas y verduras expuestas á todas las emanaciones de niños con viruela, difteria y enfermos de tuberculosis; que esas verduras y frutas que se comen crudas las sacan á la venta al día siguiente. ¡Cuántos casos de contagio no se transmitirán por este medio! Que urge que el Municipio habilitase locales donde estas verduras fuesen depositadas por sus dueños para que no se contagien de nada y se conserven bien; y ya que los cobran un impuesto, en aquellos que no pueden guardarlos en buenas condiciones higiénicas, se les facilite este depósito gratis. Que se vigilen las tiendas de comestibles, carnicerías, etc., donde ocurre algo

parecido, y de este modo se aminorarán no poco los casos de transmisión de la tuberculosis.

El Dr. *Espina* manifiesta que para que la lucha contra la tuberculosis cuente con el apoyo de las clases sociales acomodadas, más que á su filantropía debe acudirse á su egoísmo, haciéndolas entender el peligro que corre su salud y su vida estando rodeados de tuberculosos.

Se muestra partidario de la declaración obligatoria de la tuberculosis, y afirma que en el día nadie admite la tuberculosis sin germen, debiendo, sin embargo, darse el valor que corresponde al terreno en que ha de evolucionar la enfermedad; considera como factores indispensables para la lucha antituberculosa: 1.°, la alimentación, que debe ser sana, abundante y barata, toda vez que la miseria es la principal tributaria de la tuberculosis; 2.°, la construcción de casas higiénicas, acerca de lo cual nada se había realizado hasta el presente de verdadera transcendencia, debiendo llevarse la acción de la piqueta al centro mismo de las poblaciones circundadas de calles y casas antihigiénicas; 3.°, reforma de la legislación en cuanto al matrimonio para evitar la tuberculosis hereditaria ó una descendencia apta para contraerla; 4.°, una activa propaganda contra el alcoholismo y nicotinismo; 5.°, reforma de la ley de reclutamiento en el ejército y marina, en el sentido no sólo de eximir del servicio á los tuberculosos, sino á los predispuestos, y que si bien hoy es difícil el diagnóstico precoz de la tuberculosis, tienen gran valor para formar juicio las relaciones entre el perímetro torácico y la talla, entre ésta y las dimensiones del pecho, así como la espirometría y la radiografía, que permiten hacer una exclusión racional de individuos que no debieran ir á las filas del ejército.

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 7 de Mayo de 1906.

Oftalmoplegia complicada.—El Dr. *Fernández Sanz* dijo que la enferma cuya historia expone á la Academia era una mujer de cincuenta y cuatro años, casada, sin antecedentes hereditarios. No ha estado embarazada nunca. Menstruación regular. Fenómenos congestivos en menopausia. Hábitos alcohólicos.

En diciembre de 1894 notó sacudidas bruscas involuntarias en el brazo izquierdo con sensación de adormecimiento, que le daban dos ó tres veces al día y le duraban varios segundos. En febrero de 1906 notó de improviso adormecimiento en el miembro inferior derecho: los tres dedos internos y el borde interno del antebrazo derecho, adormecidos también, se acompañaban de hormigueo é hiperestesia. En fin de febrero paulatinamente se produjo la caída del párpado superior y visión doble, que ha ido en gradual aumento; al mismo tiempo dolor en la parte media izquierda de la frente, ojo y mejilla del mismo lado.

Examen.—Buen estado de nutrición. Pulso débil, pequeño, lento; ruidos cardíacos normales, sobre todo el primero.

Movilidad.—Ptosis paralítica en el ojo izquierdo, que está desviado hacia afuera; movimientos del globo hacia dentro, arriba y abajo, imposibles; los hacia abajo y afuera, difíciles. Midriasis, pupila con rigidez absoluta. Desviación secundaria del ojo derecho (sano) cuando mira hacia la derecha. Comisura bucal desviada hacia la izquierda, y surco nasogeniano izquierdo más pronunciado que el derecho; no obstante, los movimientos del facial inferior izquierdo más torpes que en el derecho. Facial superior izquierdo, normal.

Miembros superiores.—Todos los movimientos son posibles, disminuída la fuerza del derecho comparada con la del izquierdo (antes era lo contrario). Sacudidas convulsivas rápidas en el brazo izquierdo.

Miembros inferiores.— Todos sus movimientos son posibles, pero débiles.

Lengua.—Desviada hacia la derecha; movimientos íntegros.

Reflejos. — Los rotulianos y los de Aquiles exaltados, pero mucho más el derecho que el izquierdo; clonus del pié en ambos lados (más á la derecha). Plantares exaltados (más á la izquierda), con tendencia á flexión dorsal. Los del miembro superior (tendinosos, sobre todo el del codo) exaltados, más á la derecha.

Sensibilidad.—Normal en cara y tronco.

Miembro superior derecho. — Hiperestesia táctil, térmica y dolorosa, más marcada en la mano; diferenciación de contactos simultáneos á 5 centímetros (en la mano). Parestesias, adormecimientos, frialdad, hormigueo en los tres dedos internos, borde cubital de la mano y antebrazo.

Miembro superior izquierdo. — Sensibilidad cutánea normal; dolor en el codo sin ningún signo físico; ha tenido picoteo en la mano y antebrazo.

Miembros inferiores. — Normalidad sensitiva; sensibilidad profunda normal.

Sentido estereognóstico.—Conservado en ambas manos.

Sentidos. — No hay diplopia más que en el momento de abrir el ojo izquierdo; fondo del ojo normal en ambos lados; dolor periorbitario sordo intermitente.

Inteligencia.—Normal; buena memoria.

Incoordinación. — No la hay; temblor fino rápido en la mano izquierda.

A fines de abril afasia transitoria que desapareció á las pocas horas.

Diagnóstico.—Es imposible explicar todos estos síntomas por una sola lesión; es preciso admitir por lo menos dos, una cortical y otra en el pedúnculo cerebral. La naturaleza de estas lesiones cree que sea vascular, de naturaleza alcohólica; faltan toda clase de antecedentes y estigmas sifilíticos.

El tratamiento ha consistido en la estricnina y aplicaciones galvánicas muy débiles.

Los Dres. *Gayarre*, *Arredondo* y *Juarros* intervienen en la discusión para aclarar algunos conceptos.

Sobre un caso de laringotomía por fractura de la laringe y dislocación de un cartílago aritenoides.—El Dr. Rueda: En mi calidad de laringólogo del Hospital de la Princesa, encargado al mismo tiempo de un servicio clínico de cirugía general, donde los traumatismos siempre están á la orden del día, he tenido ocasión de realizar el estudio quirúrgico y laringoscópico de un caso de fractura de la laringe, siendo de apreciar muy particularmente el

segundo concepto, puesto que la inmensa mayoría de los casos que la literatura registra, ó han sido observados en la época prelaringoscópica, ó lo fueron por cirujanos no expertos en laringoscopia.

En el caso que comunico á la Academia aparecen anotados al detalle los signos laringoscópicos que dan plena razón de la marcha del padecimiento.

Un sujeto de veintiséis años que recibe sobre el cuello y mandíbula la coz de un caballo que, seguramente comprimiendo el armazón laríngeo contra la columna vertebral, llegó á traumatizarle sin considerable lesión cutánea, es afectado en el acto de tos, ronquera y espuición sanguinolenta, sin perder conocimiento ni presentar signo alguno de estenosis laríngea.

Ingresa al poco tiempo en la sala de San Joaquín, á mi cargo, con un enorme enfisema del cuello, que oculta todos los relieves anatómicos, y ordenamos lo que en síntesis podemos considerar, como dieta fonatoria, dieta alimenticia líquida y dieta respiratoria, sin realizar intervención alguna por estar exento de estenosis.

Por no molestar la atención, no anotaremos el diario laringoscópico, significando tan sólo que en el primer examen vimos la mitad izquierda laríngea ocupada por una considerable tumefacción blanda, de color rojo vinoso, que encubría aritenoides, repliegue ariteno-epiglótico, mitad izquierda de la epiglotis, ocultando la cuerda vocal correspondiente, aunque podía distinguirse que, por debajo, existía sangre coagulada. Toda la zona lesionada permanecía en absoluta inmovilidad. El lado derecho de la laringe era normal. Comprimiendo la laringe al exterior podía notarse, á pesar del enfisema, cierta tumefacción dolorosa y honda correspondiente á la zona del cricoides, por lo que desde luego diagnosticamos la fractura de este cartílago con equimosis submucoso y rotura de la mucosa á nivel de la rima glotis.

Bien pronto estos fenómenos fueron borrándose, hasta el punto de que á los quince días podía apreciarse perfectamente que el cartílago aritenoides estaba dislocado y como lanzado hacia el plano medio, viéndose la cuerda vocal blanca é inmóvil, y como la voz era normal, habiendo desaparecido el enfisema, la tos, la espuición sanguinolenta, y no presentando fenómeno doloroso alguno, consentimos la salida del enfermo, aunque advirtiéndole nuestro recelo respecto á su estado.

A los pocos días volvió á ingresar con estenosis laríngea pronunciada, siendo traqueotomizado de urgencia por el médico de guardia, Dr. Flores, que ejecutó una traqueotomía alta.

Pensando en la posibilidad de un secuestro cricoideo y vista la enorme tumefacción edematosa intralaríngea que impedía toda intervención por vía natural, decanulamos al enfermo para explorar la laringe por la región subglótica, en la esperanza de extraer por esta vía los productos necrosados, pero no vimos otra cosa que cierta cantidad de pus que descendía á lo largo de la tráquea. Diagnosticamos pericondritis supurada del foco de fractura, y consideramos indicada una laringofisura, que á las veiticuatro horas se hizo de urgencia, porque se declaró un estado bronquial con fiebre de 38°,5 y espuición fétida.

En tal situación operamos el paciente, procediendo primeramente á cloroformizarle por la cánula y realizando una traqueotomía baja, puesto que

la colocación elevada de la cánula dificultaba la intervención sobre la laringe.

Practicamos la laringofisura según el ritual, y una vez abierta la laringe, colocamos la cabeza en la posición de Rose para evitarnos la canula-tapón, y taponamos la tráquea con gasa aséptica, viendo que la mucosa en la zona subglótica estaba desprendida y contenía un coágulo supurado, estando destruída la mitad izquierda del cricoides, que estaba sustituído por fungosidades envueltas en escasa cantidad de pus. Extrajimos el coágulo, raspamos las fungosidades y regularizamos el cricoides, resecando con una pinza las porciones sospechosas.

De este modo pudimos practicar la operación sin penetración de sangre en la tráquea.

Como se trataba de un foco infectado dejamos taponada la tráquea con gasa aséptica, y taponamos el foco de pericondritis y hematoma, saliendo ambas gasas por la herida, que dejamos sin suturar en evitación de la reinfección broncopulmonar.

Las consecuencias operatorias en el foco laríngeo fueron tan sencillas como favorables durante la quincena de historia que siguió; desapareció el dolor cricoideo, las gasas, al ser renovadas, salían limpias, la tumefacción intralaríngea desapareció totalmente, y en los ensayos de respiración y fonación comprobamos que ambas podían realizarse con facilidad al cabo de una semana en que la aproximación de las láminas del tiroides era completa. Pero ya hemos dicho que anteriormente á la laringotomía existían fenómenos bronquiales pronunciados, significados por estertores mucosos difusos, aunque más pronunciados al lado izquierdo. Este estado se agravó considerablemente á los pocos días de la operación, estableciéndose una extensa pneumonía izquierda que no cedió á tratamiento alguno empleado, siendo un caso más que demuestra cómo en la operatoria laríngea el verdadero peligro está en el pulmón.

En la labor terapéutica realizada consideramos que sólo un punto es discutible, el de la oportunidad de empleo de la cánula traqueal. En este caso vinimos á emplearla tardíamente, en el sentido de que esperamos á que se pronunciase la estenosis laríngea.

¿Cuál debe ser el criterio en este punto? Dado el escaso número de observaciones que la literatura registra, y la deficiencia en el estudio laringoscópico, es difícil edificar una teoría, y sólo guiándonos por razones científicas *a priori*, podemos señalar la orientación que en nuestro juicio debe ser adoptada.

Es claro que el hecho de la estenosis, por ligera que sea, impone la traqueotomía de urgencia, porque ya sabemos que las fracturas laríngeas deben ser en su mayoría consideradas como complicadas con herida de la mucosa, y es de esperar la rápida tumefacción de los tejidos, haciendo imposible la respiración; pero, si no existe fenómeno alguno de estrechez, opino debe permanecerse en una paz armada, estudiando el caso de cerca sin intervenir hasta que la estenosis se declare. Ahora bien, en el caso historiado vino á complicarse la cuestión por la aparición de una pericondritis supurada, y nos preguntamos: ¿qué hubiera podido hacer una traqueotomía profiláctica realizada en los primeros momentos del accidente, para impe-

dir la supuración del foco de fractura? Seguramente nada en sentido favorable, pues que hubiera sido un cuerpo extraño más para ayudar á la infección.

Más científico nos parece, en el caso de que el examen laringoscópico nos demuestre la inminencia de infección del foco de fractura, proceder desde luego á practicar la laringofisura, ateniéndonos al principio quirúrgico general de la práctica moderna en estos casos; es decir, ejecutar la amplia apertura del foco para aseptizarlo convenientemente, pues que la historia actual nos demuestra que, si de un lado podemos estar siempre oportunos para la colocación de una cánula traqueal cuando la estenosis se realice, de otro lado nos demuestra que la laringofisura puede llegar muy tarde, cuando el foco de fractura ha supurado y el pulmón se encuentra en inminencia de sepsis.

En conclusión, dos son los peligros serios en las fracturas de la laringe: 1.°, la estenosis, contra la que siempre podemos llegar á tiempo por la traqueotomía; 2.°, la infección del aparato respiratorio, contra la que siempre debemos temer llegar demasiado tarde, y contra la cual sólo una laringotomía temprana, con todas las condiciones de la cirugía antiséptica, puede constituir una seria profilaxis.

El Dr. Goyanes: Mis ideas con respecto á este asunto son radicales: desde el momento en que se diagnostica una fractura debe hacerse la traqueotomía profiláctica; esta es la opinión de Hüter, á la que me adhiero, porque las complicaciones que sobrevienen, sobre todo si hay rasgaduras de la mucosa, son: formación de hematomas, supuración y pericondritis, edemas laríngeos, etc., y estas complicaciones se evitan con la traqueotomía, que además pone en descanso el órgano. La laringofisura debe hacerse en otra sesión, para corregir los defectos ulteriores.

En suma, el criterio que hay que tener en cuenta es la conservación del libre acceso del aire hasta los pulmones, y la corrección de la cavidad laríngea, si lo necesita, para evitar trastornos ulteriores.

El Dr. Tapia: Creo que la conducta ha de variar según se trate de fractura completa ó incompleta, cerrada ó abierta. Si el enfermo respira bien, no tiene enfisema ni hay hematoma, creo que es demasiado radical traqueotomizar para evitar la asfixia por accidentes que pueden no presentarse, máxime si el enfermo puede estar bajo la vigilancia armada. Si hay dislocación no muy pronunciada de los fragmentos, ó si no habiéndola no puede estar vigilado el enfermo, puede emplearse la intubación, para reducir las fracturas en el primer caso, y como profilaxis en el segundo. Aunque no tengo experiencia personal, puesto que no he visto un solo caso de fractura de la laringe, menciono la intubación, por ser el Dr. Uruñuela el primero que la ha utilizado con este fin, y porque me parece útil en ciertos casos.

Si hay enfisema, fractura abierta por dentro ó gran desviación de fragmentos, debe hacerse la traqueotomía, y en la misma sesión la laringofisura, para hacer las correcciones necesarias, vaciar el hematoma si le hay, extraer trozos de cartílago si están sueltos, etc., etc., evitando así tan graves contingencias como las que aparecieron en este caso.

El Dr. *Rueda* no se muestra partidario de la traqueotomía en todos los

casos, porque si el enfermo está en un hospital, siempre hay tiempo de traqueotomizar. Y en cuanto á la intubación, cree que es más perjudicial que útil, porque ha de contribuir á mortificar los tejidos ya inflamados. En suma, dice, no es posible aún hoy indicar una conducta precisa.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 9 de Mayo de 1906.

Tos convulsiva gripal. — E Dr. *Carazo* dice que no está conforme con el contenido del escrito que por encargo del Dr. Cardenal leyó un ilustrado socio, pues en él se asegura que el microbio de Pfeiffer es muy difícil de teñir, cuando él cree lo contrario, y por consiguiente se ratifica en lo dicho en la sesión anterior, aduciendo varias razones.

Otra de las razones da por qué este microbio se encuentra con facilidad en los exudados, es nacida de su grandísima abundancia, pues constituye verdaderos montones, según Brouardel y Netter, y se encuentra en grandísimas cantidades en los exudados, según Cajal y Hermann.

Para terminar, dice, que todo microbio que se tiñe bien, como éste, se encuentra con facilidad, y si es abundante en los exudados, como el de Pfeiffer, en la primera ó segunda preparación que se haga se encontrará, y que es imposible ver un microbio, por muy grande que sea, si no contamos con substancias que le tiñan, y éste cuenta, según el Dr. Cardenal, con muchas, según la lista que se ha leído.

Y en cuanto á la fiebre, asegura que en la tos ferina no hay fiebre.

El Dr. *Benítez* dice que no esperaba que su tema diese lugar á esta discusión, pues su objeto, como va dijo y repite, era solamente del diagnóstico clínico diferencial de la tos ferina y tos convulsiva de la gripe.

El Dr. Carazo ha traído citas de autores y esto no basta, pues los párrafos sueltos, muchas veces parece que dicen lo que no quieren decir, y para saber lo que realmente quieren decir, es preciso leer el artículo entero. Además, no está plenamente demostrado que el micrôbio descripto por Pfeiffer sea el agente de la gripe, pues este bacilo se encuentra en otras enfermedades y es preciso recordar con Pasteur, que para que un microbio sea agente específico de una enfermedad, es preciso que sea él sólo el que la produzca y siempre se encuentre en la misma enfermedad y sólo en dicha afección.

Y á pesar de esas lecturas, en la forma que le ha convenido al Dr. Carazo, cree que todos los autores están conformes en el tamaño pequeñísimo inferior al de la septicemia de los ratones, y sobre la opinión de todos está la mejor prueba, que es la de que cumpla el ofrecimiento que hizo de hacer la preparación, fácilmente visible á 600 diámetros, pues hoy existen muchos griposos y le será muy fácil recoger esputos. Y respecto de la fiebre, recuerda que hay casos de gripe con hipotermia y de coqueluche con fiebre, pues no sólo los ha visto, sino que muchos tratadistas lo aseguran, porque realmente la tienen *al principio del mal.*

En resumen: que él sólo trató del estudio clínico diferencial de la tos

gripal, y ya de discutirse las dimensiones del bacilo, lo más práctico es traer las preparaciones, como había prometido el Dr. Carazo.

El Dr. *García López* (D. Adrián) abunda en las mismas ideas del doctor Benítez, y dice que el Dr. Carazo quiso demostrar una cosa y, desgraciadamente, sólo ha logrado demostrar todo lo contrario.

El Dr. *Carazo* se ratifica en lo dicho en la sesión anterior, insistiendo que para diferenciar la tos ferina de la coqueluche gripal, puede hacerse primero por la fiebre; la tos ferina rara vez va acompañada, dice, de fiebre; ha asistido el verano pasado en Miraflores de la Sierra más de *trescientos* casos (!) y en ninguno la fiebre pasó de 37°, ó á lo más 37°,5, y apareciendo en el período catarral y debido al catarro bronquial que la caracteriza, no pudiendo, por tanto, confundirse de ninguna manera con las temperaturas de 38 y 39 ó 40 grados que caracterizan la influenza.

El Dr. *Benítez* insiste en manifestar que esa misma diferenciación y no otra hizo al exponer su opinión, para lo cual puede verse el acta del día 18 (véase pág. 385 de la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS).

El Dr. *Sarabia* disculpa su intervención, y lamenta que el Dr. Carazo haya traspasado las buenas costumbres de esta Sociedad.

Desde el punto de vista microbiológico, dice que el bacilo de Pfeiffer no se puede ver con un aumento de 600 diámetros, y ruega al Dr. Carazo que traiga la preparación para convencerse de lo contrario; y este punto, advierte, no fué el objeto de la discusión, pues el tema del Dr. Benítez era puramente clínico y no bacteriológico, y ya que de Clínica se trata, y el Dr. Carazo ha asistido á una epidemia tan numerosa, más valiera que, de tantos, trajera sólo unos cuantos de esos enfermos de coqueluche para discutirlos en la Sociedad.

El Sr. *Presidente* dice que esta cuestión, á fuerza de diluirse, va perdiendo su importancia, y, por consiguiente, da por terminado el asunto, puesto que éste es solamente cuestión de tamaño, y esto sólo con verlo basta.

PERIÓDICOS

Un nuevo esofagoscopio.—En *El Siglo Médico* publica el Dr. D. Francisco Huertas el resultado del empleo de un nuevo esofagoscopio en dos casos de extracción de cuerpos extraños, practicados por él con el nuevo esofagoscopio del Dr. Glücksmann, en la clínica privada de este reputadísimo médico, antiguo asistente de Rosenheim.

En el primer caso se trataba de una mujer de cuarenta y seis años y en completo estado de salud. Había tragado un trozo de chuleta, que ella creyó desprovisto de hueso, y que al pasar por el esófago produjole un dolor intensísimo, dolor que á más de grandes dificultades para deglutir, sufría cuando ingresó en la clínica dos días después del accidente.

Después de quitar la dentadura postiza que usaba la enferma, y previa una anestesia todo lo extensa posible, hecha con una solución al 10 por 100

de *eucain-lactic*, introdujo el esofagoscopio y comenzó á practicar el reconocimiento.

A 28 centímetros de los incisivos, en la parte izquierda del esófago, percibió una masa enclavada en una zona inflamatoria.

Empujada ligeramente, notó que era movible, y, cerrando la pinza del esofagoscopio, cogiendo entre sus ramas el cuerpo extraño, se desprendió y salió fácilmente.

Era un trozo de costilla, de unos 2 centímetros, lleno de aristas, con las que se había fijado á la pared esofágica.

Segundo caso: Un hombre de sesenta y siete años, alcohólico y *enfisematoso*; refiere que estando durmiendo se tragó dos dientes que tenía postizos y que desde entonces notaba gran dificultad al comer y mucho escozor. El enfermo fué á la clínica á los cuatro días de haber tragado el cuerpo extraño.

Hecha la esofagoscopia, vió en la parte posterior del esófago y á unos 30 centímetros de los incisivos, una zona inflamatoria rodeando un cuerpo en ella situado.

Estaba muy poco movible, pero poco á poco se fué desprendiendo, y por fin fué extraído. Era una pieza dental de malísima construcción y con unos rebordes metálicos irregulares.

Estos casos citados son bastante demostrativos de la utilidad de una intervención que, practicada con *serenidad*, resulta inofensiva y relativamente fácil, aunque *muy relativamente* en su opinión.

El esofagoscopio, con el que ha practicado estas esofagoscopias, es el recientemente construído por el Dr. Glücksmann, da magníficos resultados y es muy sencillo.

Consta de un tubo metálico, dentro del cual va otro tubo, que es el que tiene un sistema de lentes y un ocular.

El primer tubo lleva en un extremo una llave, que sirve para impelir agua á una pelota de goma, con la que se dilata el esófago, y dos enchufes para coger corriente del acumulador.

El otro extremo está dividido en dos mitades, y en cada mitad va encerrada una lamparilla eléctrica de mucha potencia; estas dos mitades se abren y cierran mediante el tornillo y sirven de pinzas; la forma de las lámparas y el cómo están colocadas impiden su rotura.

Sacando el tubo puede inyectarse agua para lavar el campo, agua que entra y sale por la llave.

Tiene además este instrumento una preciosa aplicación, y es que, quitando el tubo, puede introducirse otro tubo en cuyo extremo va, en lugar de ocular, un disco giratorio que contiene una máquina fotográfica, con la que se obtienen buenísimas fotografías.

Es necesario reconocer la utilidad de la esofagoscopia, no solamente en casos de cuerpos extraños, sino como medio *usual* de diagnóstico y exploración, y es necesario también procurar convencer á los pacientes del poco peligro que corren al someterse á una maniobra muy útil, pero que aun en estas tierras de promisión científica está muy poco generalizada.

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 30 de Mayo de 1906.

Heridas pulmonares por arma de fuego.—El Dr. *Tuffier* cree que en la mayor parte de los casos las heridas del pulmón, por bala, curan sólo por la oclusión aséptica de la herida con inmovilización del herido. En ciertos enfermos el derrame sanguíneo intrapleurítico se infecta y hay necesidad de recurrir á la toracotomía escundaria para evacuar y desaguar la pleura. En algunos casos excepcionales puede imponerse la intervención primitiva, á causa del estado de gravedad excesiva del herido.

En una mujer joven que había recibido un tiro de revólver en la región precordial y que presentaba neumotórax izquierdo total acompañado de enfisema subcutáneo extenso y de fenómenos asfísicos graves, el Dr. Tuffier fué llamado para practicar una toracotomía de urgencia. En el fondo de la herida encontró el pericardio intacto y una gran cantidad de sangre en la pleura. Apareció en la herida una lengüeta pulmonar, que cogió y atrajo al exterior; esta lengüeta se hallaba perforada por un gran orificio, en el que podía introducir el dedo índice, y de cuyo orificio salía sangre en abundancia. Ligadura doble, limpieza de la pleura, desagüe, á pesar del cual sobrevinieron accidentes septicémicos que ocasionaron la muerte al tercer día. Como no pudo ser hecha la autopsia, fué imposible precisar el origen de esta septicemia.

El Dr. *Delorme* recordó que en 1893 había aconsejado formar una ventana torácica, tanto para el tratamiento de las pleuresías antiguas como para el de las heridasdel pulmón complicadas con hemorragias graves y las del corazón. Estas hemorragias graves, alarmantes, se observan sobre todo en las heridas pulmonares centrales ó paracentrales, próximas al hílio, es decir, en las del territorio de los vasos gruesos. En estos casos, pero sólo en ellos, cree el Dr. Delorme que el método preferible es la formación de una ventana torácica y la intervención audaz (ligadura ó compresión directa).

El Dr. *Guinard* dijo que estaba completamente de acuerdo con el doctor Delorme, desde el punto de vista teórico; pero ¿qué debe entenderse por hemorragia grave? ¿Hay signos que permitan afirmar que una hemorragia del pulmón va á contenerse espontáneamente ó, por el contrario, á matar al enfermo? Hace poco tiempo fué conducido al Hôtel-Dieu un maestro de armas que había recibido una estocada en el pulmón izquierdo. Tenía hemorragia por la boca, neumotórax y trastornos respiratorios y circulatorios graves. A pesar de estos fenómenos alarmantes, el Dr. Guinard se decidió por la abstención, y el enfermo salió del hospital curado completamente de su neumotórax.

El Dr. *Delbet* manifestó que no es en general partidario de la intervención en las heridas torácicas: muchos enfermos cuyo estado parecía gravísimo y alarmante, curaron perfectamente sin operación, y por otra parte, no se les favorece siempre operándoles. En un joven herido por bala de revólver en la región precordial, que estaba asfíxico y con la cavidad de la pleura llena de sangre, el Dr. Delbet abrió una ventana torácica, descubrió una herida de la punta del corazón y otra del pulmón, las cuales suturó. El enfermo murió á los dos ó tres días, á causa de una nueva hemorragia, procedente, según demostró la autopsia, de otra herida situada en la parte posterior del pulmón.

El Dr. *Michaux* recordó haber referido en el Congreso de Cirugía uno de los casos raros de curación á beneficio de la intervención quirúrgica por herida del pulmón. Después ha observado bastantes casos de heridas del pecho por arma blanca ó de fuego, y casi todas curaron solas ó sin intervención quirúrgica inmediata, aunque había hemotórax considerable. La intervención quirúrgica en los casos de herida del pulmón debe ser, por lo tanto, excepcional y reservarse sobre todo, como dice el Dr. Delorme, para las heridas de la región del hílio pulmonar, en las que se sospecha está interesado el corazón ó la mamaria interna. En los casos restantes se tendrá al herido en observación, vigilándole con cuidado. Esta abstención es coronada de éxito las más de las veces.

Gangrena y perforación uterina. — El Dr. *Picqué* leyó un informe sobre la observación siguiente, comunicada por el Dr. Lapointe:

El 7 de febrero último ingresó en el Hospital de San Antonio una joven de veintitrés años, en plena peritonitis generalizada. El interrogatorio y el examen de la enferma permitieron diagnosticar una peritonitis post abortum, consecutiva á la perforación traumática ó á la peritonitis séptica. El Dr. Lapointe practicó sin perder tiempo la laparotomía, y encontró asas intestinales distendidas y rojizas, que nadaban en un líquido sucio y fétido. El útero, del volumen del puño, presentaba en su cara posterior una extensa zona esfacelada. Histerectomía supravaginal; desagüe por el abdomen y por la vagina; muerte por septicemia á los quince días. Al reconocer el útero extirpado, se vió que la zona esfacelada tenía la extensión de un duro, y presentaba en su centro una perforación de la forma de un cráter abierto por la cavidad peritoneal, de bordes desiguales y desgarrados, por la que podía introducirse un cateter del núm. 27. La escara comprendía todo el espesor de la pared y formaba una cuña de base periférica, que principiaba á desprenderse de los tejidos inmediatos.

Esta observación, dijo el Dr. Picqué, plantea dos problemas: 1.°, el del mecanismo de la perforación y de la gangrena en este caso; 2.°, el del pronóstico y diagnóstico de las perforaciones uterinas post abortum y el del tratamiento más indicado en tales circunstancias.

1.° Respeto al *mecanismo de la perforación* en el caso referido, aunque á primera vista podría creerse que se trataba de una gangrena circunscripta alrededor de una perforación traumática, la reflexión hace admitir más bien la existencia de una perforación secundaria á una gangrena circunscripta primitiva. La perforación fué la consecuencia inmediata, si no mediata de las maniobras intra-uterinas á que se sometió la enferma para pro-

vocar el aborto: estas maniobras produjeron la metritis séptica, que terminó por gangrena circunscripta seguida de perforación de la pared uterina. La existencia de esta gangrena perforante post abortiva está hoy perfectamente demostrada por varias observaciones.

2.° El *pronóstico* de las perforaciones uterinas post abortum varía según los autores; unos las consideran como benignas de ordinario (Rebreyend), otros como graves (Mauclaire); la verdad se encuentra entre las dos opiniones, puesto que la gravedad depende de varios factores, estado séptico del útero, época de la intervención, etc.

El *diagnóstico* es evidente en ciertos casos (procidencia del intestino y del epiplón). ¿En qué signos debe fundarse el diagnóstico en los casos restantes? La fetidez del derrame no constituye un signo de valor; el cateterismo uterino constituye un medio peligroso é infiel; otro tanto puede decirse de la inyección intra-uterina; la comprobación directa de la perforación por medio del tacto intra-uterino suele ser muy delicada. En realidad, la laparotomía es muchas veces el único medio de hacer el diagnóstico seguro; en estos casos es á la vez exploradora y curativa.

La laparotomía constituye en la actualidad el único tratamiento de las perforaciones uterinas post abortum una vez hecho el diagnóstico: no debe esperarse para intervenir, como se hacía antes, á que se hayan desarrollado accidentes peritoneales. Abierto el vientre se procederá de distinto modo, según que la perforación esté complicada ó no con infección de la pared del útero.

Cuando no está infectada la pared basta en rigor hacer sólo la sutura de la herida uterina; pero cuando lo está no es posible la duda y debe extirparse el útero.

El Dr. *Picqué* cree que es preferible la histerectomía total á la parcial, porque facilita el desagüe por la vagina.

Los resultados obtenidos hasta ahora por la histerectomía abdominal en las perforaciones uterinas post abortum no son muy brillantes: 8 muertes, en 12 casos; pero se debe á que se ha intervenido siempre cuando existían ya accidentes peritoneales. Estos hechos abogan, por lo tanto, en favor de la intervención inmediata y de la utilidad de la incisión exploradora en los casos dudosos.

El Dr. *Potherat* dijo que respecto al tratamiento de las perforaciones uterinas está completamente de acuerdo con el Dr. Picqué, para aprobar la conducta seguida por el Dr. Lapointe. Tocante á las perforaciones cree debe señalarse otro mecanismo más no indicado por el Dr. Picqué: es la gangrena determinada por el contacto de líquidos cáusticos con la pared uterina. Acaba de observar en su clínica del hospital Broussais un caso de gangrena uterina localizada debida, al parecer, á esta causa.

El Dr. *Mauclaire* cree que desde el punto de vista del tratamiento debe tenerse en cuenta el sitio de la perforación, que se halla localizada en la cara del istmo, en las laterales ó en el fondo del órgano. Estas últimas son las más graves y exigen la histerectomía supravaginal, mientras que las otras pueden ser tratadas por la sutura. Ha insistido siempre sobre la necesidad frecuente de la laparotomía exploradora inmediata, aunque antes se creía que las perforaciones debían ser tratadas por la espectación.

Yeyunostomía en Y con torsión de la boca del yeyuno. — El Dr. *Guinard* leyó un informe sobre dos operaciones de este género practicadas por el doctor Souligoux.

La primera fué practicada en un hombre de sesenta años, diagnosticado de estenosis cancerosa del píloro. La laparotomía demostró que el estómago se hallaba invadido por la neoplasia en la dos caras, y que la gastroenterostomía era impracticable en absoluto. El Dr. Souligoux se decidió, por lo tanto, á hacer la yeyunostomía en Y por el procedimiento de Maydl, pero, para asegurar la continencia de la boca, dió media vuelta al cabo inferior é hizo permanente esta torsión por medio de una sutura con seda, aplicando así á la yeyunostomía el procedimiento que ha ideado hace algunos años para la gastrostomía. Durante los diez días que el enfermo sobrevivió (murió de caquexia), la continencia fué perfecta.

En la segunda observación se trataba de un hombre de treinta y nueve años, con neoplasia voluminosa del cardias; el tumor se extendía por las caras anterior y posterior del estómago. La gastrostomía era impracticable, y el Dr. Souligoux recurrió al mismo procedimiento que en el caso anterior. En este enfermo tampoco se observó incontinencia de la boca del yeyuno mientras vivió el paciente.

A propósito de estos dos casos, preguntó el Dr. Guinard si cuando está indicada la yeyunostomía—operación que sólo debe practicarse cuando es imposible practicar la gastro-enterostomía y la gastrostomía—conviene recurrir á la yeyunostomía lateral simple ó al procedimiento en Y de Maydl, completado por la torsión de Souligoux. Cree, á causa del estado gravísimo de los enfermos en quienes debe practicarse la yeyunostomía, que la operación más sencilla es la mejor: propone, por lo tanto, recurrir—y lo ha hecho dos veces con resultado excelente—á la yeyunostomía lateral, completada por la torsión de Souligoux.

El Dr. *Terrier* cree, como el Dr. Guinard, que no deben complicarse las operaciones de yeyunostomía, porque á los enfermos en quienes se practican se les prolonga poco la vida. Por lo demás, la continencia obtenida á costa de ciertos procedimientos complicados no es siempre durable, según ha observado varias veces en la gastroctomía.

El Dr. *Delbet* dijo que las incontinencias ulteriores son debidas á las sondas que suelen dejar aplicadas más ó menos tiempo los enfermos ó los que les asisten. En las condiciones ordinarias, es decir, cuando no se coloca la sonda más que en el momento de la comida, se observa, por el contrario, más bien tendencia á la estrechez de la boca que á la dilatación.

Absceso crónico intradural. —El Dr. *Delbet* presentó el enfermo objeto de esta observación. Se trata de un absceso intradural desarrollado, sin perforación de la dura madre, á consecuencia de una contusión por bala de revólver, que siguió un trayecto oblícuo entre la dura madre y el hueso. El pus de este absceso, probablemente poco séptico al principio, era estéril en absoluto en el momento de la intervención. El absceso se hallaba situado en su mayor parte en las meninges, y era difícil decir si penetraba en la substancia cerebral. El diagnóstico de absceso intracerebral se hizo fundándose en los dos únicos síntomas que presentaba el enfermo después del accidente: cefalea predominante en el lado derecho, que se exacervaba

por la posición horizontal, y ligera midriasis derecha. No había elevación de la temperatura, modificaciones, ni trastornos visuales, auditivos, etcétera. La trepanación del cráneo y el desagüe del absceso, practicados siete semanas después del accidente, fueron seguidos de curación completa.

(*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 6 de Junio de 1906.

Contracción uterina sin retracción; hiperpirexia nerviosa. — El Dr. *Herman* narró un caso de parto prematuro en el cual el avance del feto se contuvo, durante más de veinticuatro horas, aunque el útero se contrajo con regularidad, el conducto genital estaba completamente dilatado, la criatura era pequeña y las dimensiones de la pelvis normales. La causa del retraso fué, según cree, la falta de retracción uterina. Este caso puede considerarse como ejemplo de la diferencia que existe entre contracción y retracción del útero. El parto fué seguido de elevación de la temperatura, que duró más de quince días, sin que existiera signo físico alguno de enfermedad, ni debilidad ni demacración, pudiendo ser considerada por lo tanto como de origen puramente nervioso. Se han referido algunos casos de este género.

El Dr. *Williamson* cree que no hay prueba evidente de que no existiera retracción uterina en este caso. Las definiciones de retracción del útero dadas por Galabin, Dakin y Pajot son poco satisfactorias. La contracción y la retracción son concomitantes aun en el primer período del parto, según se ha observado estudiando los cortes hechos en cadáveres congelados de mujeres que murieron en este período. La retracción es esencial para que se dilate el cuello uterino. Si esta opinión es exacta, el Dr. Herman está en un error al decir que hubo falta de retracción del útero en su enferma. El simple hecho de estar completamente dilatado el conducto cervical es prueba de que hubo retracción.

El Dr. *Lewers* manifestó que el Dr. Herman no está en lo cierto al afirmar que la elevación de la temperatura era de origen nervioso. Se trataba de un caso puerperal en el que hubo varios calofríos repetidos é hipertermia que duró bastante tiempo. El parto no careció de complicaciones, puesto que fué preciso extraer la placenta con la mano. Conviene recordar que no es posible siempre dejar las manos completamente estériles. Cree que un caso que presente los caracteres clínicos que el del Dr. Herman, debe considerarse como de flebitis uterina. Esta opinión era la sostenida hace varios años por el antiguo profesor Sir. J. Williams; después ha visto varias enfermas de esta clase. Los fenómenos característicos son la falta de signos físicos, la persistencia del aumento de temperatura y los calofríos. En algunos de estos casos el diagnóstico fué después comprobado por la flebitis que propagó á la vena principal y produjo la tumefacción del miembro correspondiente. Varias enfermas se encuentran bastante bien en el

período que media entre los calofríos y comen con buen apetito. Una gran proporción de casos cura completamente.

El Dr. *Griffith* indicó estaba conforme con lo expuesto por el Dr. Williamson. Admite desde hace algunos años que la retracción es una función de todos los músculos vivos, y que por lo tanto un músculo largo es capaz de recobrar su longitud primitiva después de la contracción ó estiramiento, y otro hueco, de adaptarse á su contenido á beneficio de una contracción ligera con un mínimum de cansancio muscular, quedando así dispuesto para contraerse ó dilatarse de nuevo más fácilmente. El retraso en el nacimiento de la criatura, en el caso del Dr. Herman, fué debido á la falta de contracción eficaz más que á la de retracción, como cree este autor.

El Dr. *Horrocks* dijo que, en un trabajo publicado hace cuatro años, había discutido el problema de la retracción del útero, la que define como «contracción seguida de relajación (es decir, desaparición de la contracción activa), pero no de extensión». Todos los músculos del organismo tienen antagonistas que las más de las veces, aunque no siempre, son también músculos. El antagonista del biceps, por ejemplo, es el triceps. Además, según sabemos, ninguna fibra muscular del organismo, sea voluntaria ó involuntaria, estriada ó lisa, es capaz, después de acortarse por contracción, de recobrar espontáneamente sus dimensiones primitivas. Esto se consigue por su antagonista. Ahora bien, durante el embarazo el útero se contrae sin que la enferma lo note, porque las contracciones no son dolorosas. Durante estas contracciones aumenta la presión intra-amniótica, y cuando cesa la contracción activa este aumento de presión entra en juego y obliga á la pared uterina á recobrar su estado primitivo. Desempeña el papel de un antagonista y no hay retracción. Pero en el parto las membranas principian á ensanchar el conducto cervical y cada contracción del útero es seguida de extensión imperfecta y de engrosamiento ligero (retracción).

El Dr. *A. Routh* preguntó si el feto nació con *caput succedaneum*, y si al practicar la versión se observó retracción del anillo de Bandl. Dijo que había observado varios casos de calofríos y de hiperpirexia sin causa evidente, unos indudablemente de origen nervioso y otros debidos á la flebitis uterina.

El Dr. *Boxall* cree que la retracción está relacionada con la tonicidad. Es muy posible que en ciertos casos falte la retracción, aunque se produzcan contracciones. Ha observado que en los casos en que el útero se retrae con energía inmediatamente después de terminar el parto, á las doce ó veinticuatro horas el útero es menos duro y menos voluminoso, lo que indica que la contracción no persiste. Ha visto varios casos de infección séptica aguda, en los que las huellas del veneno se encontraron principalmente en el aparato vascular sanguíneo con manifestaciones locales ligeras ó nulas.

Glucosuria durante el embarazo. — El Dr. *W. H. B. Brook* narró cuatro casos de este género. En el primero la enferma eliminaba por la orina, en el quinto mes de su segundo embazo, 2 y $^1/_2$ por 100 de glucosa y una cantidad pequeña de lactosa. La orina de las otras dos enfermas, que se hallaban en el sexto mes de la gestación, contenía mucha más cantidad de glucosa. La segunda enferma era primípara y la última se hallaba embarazada

por tercera vez. Las tres mujeres llegaron al término de su embarazo y la glucosa desapareció de la orina después del puerperio. Las tres fueron sometidas al régimen antidiabético; los medicamentos empleados fueron la aspirina, el salicilato sódico, la antipirina y alguna dosis de masa pilular hidrargírica.

El Dr. *Champneys* dijo que la diabetes del embarazo es distinta de la glucosuria ligera, llamada «diabetes de absorción», debida á que se absorbe el azúcar de la leche retenida en las mamas. La diabetes del embarazo sigue á veces una marcha completamente benigna, pero en otros casos produce con rapidez la muerte. Lo difícil es el pronóstico, y no se conoce método alguno satisfactorio que permita hoy por hoy hacerlo con seguridad.

El Dr. *Fairbairn* refirió un caso observado recientemente. La enferma se encontraba en el sexto mes de su embarazo. El análisis de la orina con la fenilhidracina y el polarímetro, demostró que el azúcar era glucosa. La cantidad de orina no había aumentado y el peso específico era sólo algo mayor que el normal. Cree también que la glucosuria ligera de la mujer embarazada es distinta de la diabetes verdadera. La pequeña cantidad de orina eliminada, y la falta de otros síntomas diabéticos, permite incluir estos casos en otra categoría completamente distinta.

El Dr. *Griffith* citó un caso de diabetes que ha tenido ocasión de observar por espacio de varios años. La enferma quedó embarazada hace cuatro meses, y ni en el embarazo ni en el parto presentó signo alguno de peligro. Cree que este caso es intermedio entre los de glucosuria temporal referidos por el Dr. Brook y los gravísimos citados por el Dr. Matthews Duncan.

(*The British Med. Journal*).— F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 4 de Mayo de 1906.

Priapismo de origen leucémico. — El Dr. *Víctor Blum* presenta un joven de veinte años que se despertó hace seis días con una erección del pene que dura todavía. Hace seis meses se cayó de una escalera sobre el periné, sufriendo como consecuencia una epididimitis. No ha padecido ninguna infección venérea. El pene se halla en erección máxima, muy duro y con una longitud de 21 centímetros, pero la erección no afecta al glande ni al cuerpo cavernoso de la uretra. La piel del pene está intacta, no hay excitación sexual, poluciones, ni ningún trastorno nervioso. El enfermo está muy pálido y presenta infarto esplénico enorme y de los ganglios inguinales y axilares. En un milímetro cúbico de sangre se cuentan 565.000 leucocitos y 3.235.000 eritrocitos.

En la literatura se registran otros diez casos de priapismo leucémico, pero acompañado de grandes dolores, que faltan en el caso actual. Se ha atribuído este priapismo á trombosis y otros trastornos circulatorios de los cuerpos cavernosos, ó bien á irritaciones de los nervios erectores á causa de las condiciones de la sangre ó de presión ejercida por ganglios infarta-

dos sobre los nervios del plexo pudendo. En el caso actual debe de tratarse de una trombosis blanda de los cuerpos cavernosos, como también sucedió en el único caso en el que se hizo la autopsia y que refiere Kast.

El pronóstico es dudoso, puesto que pueden sobrevenir supuraciones de los cuerpos cavernosos con piohemia subsiguiente. En este caso, el único medio de salvar la vida sería una intervención quirúrgica rápida. El pronóstico se ajusta al de la enfermedad fundamental. El autor va á recurrir en el caso actual á los rayos X.

Tumor vesical inflamado. — El Dr. *Hans de Haberer* presenta un individuo de treinta años que fué operado el año 1902 de hernia inguinal: en marzo, del lado derecho, y en noviembre, del izquierdo, sin que en ambas operaciones hubiese ocurrido nada de particular. En cambio, desde hace catorce días venía sintiendo el paciente una presión continua en la región vesical. Nunca ha habido fiebre, pero últimamente el enfermo se ha demacrado y ha perdido el apetito. Nada de antecedentes venéreos. La orina estaba clara, pero contenía indicios de sangre. Con la palpación se percibía á la derecha y por encima de la sínfisis un tumor del tamaño del puño de un niño, de superficie lisa y de bastante consistencia. El tumor se podía dislocar en sentido lateral y no era nada sensible á la presión. Con el cistoscopio se vió que la pared posterior y derecha de la vejiga sobresalía en el interior de ésta como un tumor mayor que una nuez. En lo más culminante del tumor había dos puntos necrosados que sangraban al menor contacto. Se sospechó un tumor maligno, probablemente un sarcoma intramural próximo á abrirse, y como del tumor partía un cordón que llegaba hasta el ombligo, se pensó en cierta conexión con el uraco.

Previa anestesia espinal de Bier, se practicó la talla hipogástrica y se encontró un tumor inflamatorio de la pared izquierda de la vejiga, de cuyo tumor partía un cordón calloso que ascendía en la línea media. Incindido el tumor, se penetró en una gran cavidad llena de masas necrosadas y de pus estéril. A la derecha se tocaba la cicatriz de Bassini. Se vació la cavidad con la cucharrilla cortante y se estableció un amplio desagüe.

Se trataba, por lo tanto, de un tumor en parte paravesical y en parte intramural, de naturaleza inflamatoria, y cuyo origen se puede relacionar sin violencia alguna con la cicatriz de Bassini antes mencionada.

(*Wiener klinische Rundschau*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

La albuminuria desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico.—Wright y Ross sostienen que puede existir una «albuminuria fisiológica», es decir, que puede producirse una trasudación de linfa en los tubillos uriníferos sin que existan lesiones renales graves. Aconsejan para corregir esta forma de albuminuria, aumentar la coagulabilidad de la sangre por la administración de una sal de calcio. Emplean el lactato á la dosis de 18 decí-

gramos, en una dosis ó en tres. El lactato cálcico sirve no sólo para curar la albuminuria, sino para hacer el diagnóstico entre la fisiológica y la debida á una enfermedad renal. La primera disminuye con rapidez ó desaparece con el lactato de calcio, mientras que si es debida á una lesión del riñón, este medicamento es completamente inútil.

(*The Therapeutic Gazette*, 15 marzo 1906).—F. Toledo.

Supervivencia después de la aparición de la retinitis albuminúrica.— La retinitis se presenta próximamente en el 30 por 100 de todos los casos de mal de Bright. Su pronóstico *quoad vitam* varía según se trate de enfermos de hospital ó particulares. En los primeros resultó una supervivencia media de cuatro meses á contar de la comprobación de las lesiones de fondo de ojo, según el Dr. Miley. En los segundos, dicha supervivencia ha sido de unos doce meses por término medio, según el Dr. Snell.

De todos modos, la retinitis albuminúrica siempre es un *signum pesim ominis*, si se exceptúan los casos de nefritis gravidarum.

(*Lancet*).—R. del Valle.

Acción de los amargos.— Los amargos no son suficientes por sí solos para aumentar la secreción del jugo gástrico, pero sí cuando se ingieren á continuación alimentos. Este hecho ha sido demostrado experimentalmente en el perro por el Dr. Straschenko. Dos médicos de Bucharest, los doctores Nano y Nironesko, han observado que los amargos, en particular la tintura de quina, administrados al hombre, no sólo aumentan de un modo notable el jugo gástrico cuando se hacen ingerir en seguida alimentos, sino que dicho jugo contiene mayor cantidad de ácido clorhídrico. Dedúcese de este hecho que en la hipoclorhidria los amargos son medicamentos utilísimos, según prueban la experiencia clínica y las investigaciones de laboratorio.

(*New York Méd. Journal*).—F. Toledo.

Valor clínico de la reacción del azul de metileno.— El Dr. Russo cree que la reacción del azul de metileno puede sustituir muy bien á la reacción diazóica de Ehrlich. El azul puesto en contacto con orina patológica la tiñe de un color verde esmeralda, y esta reacción, que es constante en los casos de fiebre tifoidea, no tiene ninguna relación con la reacción del indican.

La reacción del azul de metileno aventaja, en concepto del autor, á la reacción diazóica de Ehrlich, tanto bajo el aspecto clínico, como bajo el pronóstico, sobre todo en el tifus abdominal: su aparición marca exactamente el período de la enfermedad y su desaparición la curación de la misma. Técnicamente es más fácil y más sencilla que la reacción diazóica, y el número de enfermedades en que se presenta es también menor.

(*Riforma Medica*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

GASTRALGOKENOSIS

POR EL

DOCTOR D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

En la primera decena del mes de julio del año pasado fuí consultado por escrito, por D. M. M., vecino de Cabra, de cuarenta y cinco años, interventor de ferrocarriles, casado y con dos hijos.

Siempre había estado sano y robusto hasta hace cosa de un año, en cuya época, hallándose en Bilbao, tuvo un padecimiento de los intestinos, que quebrantó en alto grado su salud y que le obligó á estar sometido á dieta láctea durante seis meses.

Su padecimiento actual se remonta al 10 de marzo del año pasado, en cuya fecha sintió, á las dos horas de haber comido, una punzada ó contracción interior, que el enfermo no puede precisar bien si radicaba en el pecho ó en la parte alta del epigastrio. Dicha punzada fué de muy corta duración, casi intantánea, pero asustó mucho al paciente, porque en el acto de sentirla parecía que el corazón se detenía algo, latiendo después por un corto tiempo con alguna celeridad. Esto no obstante, los tres médicos que asistían al sujeto, después de detenido reconocimiento, dijeron que se trataba de un fenómeno nervioso sin importancia, puesto que en el corazón no había nada anormal.

La punzada se repitió después en los meses de abril, mayo y junio, pero con menor fuerza que en marzo, siendo de advertir que á los pocos días de haberse presentado dicho síntoma se alteró el sueño, despertando el enfermo muchas veces y pasando algunas noches en vela, cuando en estado normal dormía la noche en un sueño. También empezaron por entonces los trastornos del estómago.

Según el relato del interesado, que estoy copiando casi literalmente, lo característico de su enfermedad era lo siguiente:

Necesidad apremiante de tomar alimento con frecuencia, con intervalos de dos horas cuando tomaba leche, y de tres si tomaba un huevo batido y un vaso de leche.

Gran angustia, desfallecimiento y una especie de temblor en el estómago en el acto de entrar el alimento, temblor que duraba unos veinte á treinta minutos, irradiándose á veces á los muslos y piernas y produciendo flojedad.

La molestia del estómago era constante, pero el enfermo se encontraba mejor cuando la víscera estaba llena de alimento y en la hora que seguía á su ingestión.

Cuando el estómago, á las dos horas de haber tomado la leche, empezaba á vaciarse, se iniciaban las angustias, el desfallecimiento, la intranquilidad, el dolor y una sensación especial *que parecía ser de necesidad* y que le obligaba á tomar alimento nuevamente. No era apetito lo que sentía, sino necesidad; los alimentos no le repugnaban ni le sabían mal, pero no los comía con gusto ni con la satisfacción del apetito normal.

A la caída de la tarde y por la noche, sentía el enfermo llenura y abultamiento estomacal muy molestos, como consecuencia de una ingestión tan repetida de alimentos casi totalmente líquidos.

Se acostaba á las doce de la noche, tomando á esta hora un huevo batido y un vaso de leche. A las cuatro ó cinco de la mañana le despertaba una gran necesidad, que le obligaba á tomar leche. A las siete tomaba otro vaso, y así continuaba alimentándose cada dos ó tres horas.

Todo el epigastrio estaba muy doloroso y con intensa sensación de malestar, por cuya causa no le era posible hacer inspiraciones profundas, porque al entrar el aire le dolía mucho.

En los tres meses y medio que llevaba de enfermedad no había tenido diarrea ni estreñimiento; el excremento era abundante y con olor muy fuerte, distinto del natural.

Obraba una vez por la mañana, y así como á la hora otra vez. En esta segunda solía expulsar sin ningún dolor de vientre unos materiales muy parecidos á la clara de huevo, unas veces con chispas de sangre y otras sin ellas.

No tenía eructos ni acedías; tampoco le repetía la comida ni tenía ardores producidos por el alimento.

Por las mañanas al levantarse, y á veces por la tarde y noche, ge-

neralmente cuando el estómago estaba vacío, tenía muchas arcadas y conatos de vomitar, pero sin echar nada más que saliva; cuando tomaba alimento cesaban las arcadas.

Por lo general, los alimentos que tomaba eran líquidos. A veces notaba en la boca acidez, sobre todo después de tomar leche. También solía tomar al medio día puré de habas ó de lentejas, merluza cocida y pollo. Las horas en que peor se sentía el enfermo eran de cinco á nueve de la mañana.

A pesar de tanta molestia, en vez de desnutrirse había aumentado de peso, puesto que de 72 á 74 kilos que pesaba en el estado de salud ha subido á 78 el 3 de junio, y cuando escribió esta consulta no pesaba menos de dicha cifra.

De donde resulta que el enfermo, á pesar de estarlo, asimilaba y se nutría, tenía buen color y su aspecto general es de sano. Esto no obstante, estaba inútil para todo trabajo regular, y no podía emprender estudio que requiriesen atención sostenida y continuada. Cuando pesaba 73 kilos era un hombre útil para todo; ahora que pesaba 78 á 80, decía el enfermo que no servía para nada.

En las veinticuatro horas venía á tomar: dos huevos batidos en caldo, cuatro yemas también batidas, un plato de puré de habas y cerca de seis cuartillos de leche, distribuída toda esta alimentacion en diez comidas, comenzando la primera á las cinco y media de la mañana y terminando la última á las doce y media de la noche.

La lengua estaba cubierta de una capa blanca y á veces amarillenta. Las orinas eran normales, según análisis.

No podía leer alto, porque cuando leía ó hablaba alto, parecía que se estrechaba y achicaba la garganta, produciendo molestia y trabajo los esfuerzos para emitir la voz.

El médico decía que se trata de una afección nerviosa del estómago. El médico de Bilbao dice que es una gastralgokenosis.

***

A la consulta anterior dí la contestación siguiente:

Se trata, en efecto, de un caso de gastralgokenosis ó vacuidad dolorosa del estómago. (Boas, tomo II, pág. 377 de la traducción española; Penzoldt y Stintzing, tomo IV, pág. 456 de la traducción española).

Convendrá investigar si ha habido excesos de trabajo ó de otro género, vigilias prolongadas, desórdenes en el régimen alimenticio (en cantidad ó calidad, comer precipitadamente, muy caliente ó

muy frío, trabajar después de comer, etc.), ó bien si han influído causas morales, como disgustos, preocupaciones, emociones violentas, etc. Todo ello para alejar en lo posible tales causas, no sólo ahora, sino también en lo porvenir.

También conviene saber si se trata de un individuo neurasténico ó por lo menos nervioso, para emplear el tratamiento general adecuado, á la vez que el que se propone en este escrito.

Es indudable que la cantidad de alimentos es excesiva, ó por lo menos que con menor cantidad podría cubrir el enfermo sus necesidades orgánicas habituales.

Además, la calidad, mejor dicho, proporción de las distintas substancias alimenticias, es anormal; hay sobra de principios nitrogenados y quizá de grasas y falta de principios hidrocarbonados (feculentos, amiláceos, azúcar, etc.).

Así se explica que el sujeto engorde, y sin embargo, se sienta mal de su estado general.

Por otra parte, es una alimentación demasiado líquida; de ahí el encharcamiento del estómago, que con el tiempo puede acarrear la dilatación del órgano; y como además se trata de alimentos en general de fácil digestión, al acostumbrarse el estómago á ellos, cae en cierta atonía, y más tarde podría no digerir bien los alimentos de uso corriente.

Todo esto, además de las molestias que siente el enfermo, son motivos que obligan á tratar su padecimiento.

Para ello se aconsejan tres clases de medicamentos: los opiados, los bromurados y los arsenicales.

Al emplearlos, como luego se dirá, además de calmar las molestias del enfermo, nos proponemos que el número de sus comidas sea menor, y que su régimen se vaya aproximando paulatinamente al habitual del sujeto cuando se hallaba en estado de salud.

***

Un cuarto de hora antes del desayuno de las ocho, debe tomar una píldora de un centígramo de extracto tebáico y otra de extracto de belladona. Con esto se espera que el segundo desayuno se pueda aplazar á las once y media, por ejemplo.

Antes de este segundo desayuno tomará ocho ó diez gotas de una mezcla á partes iguales de tintura de canela (ó agua de menta piperita) y licor de Fowler.

Un cuarto de hora ó media hora antes de la comida del medio día,

que se podrá aplazar quizá hasta las dos, tomará en un vasito de agua unos polvos compuestos de un gramo de bromuro sódico y otro de bromuro amónico.

Un cuarto de hora antes de la primera merienda, que será á eso de las seis de la tarde, las gotas arsenicales que se administraron para el segundo desayuno.

Un cuarto de hora ó media hora antes de los dos vasos de leche, que tomará á las ocho y media, los polvos de bromuro.

A las once menos cuarto, un cuarto de hora antes de lo equivalente á la cena, una píldora de opio y belladona.

Desde esta hora hasta el primer desayuno, conviene que tome la menor cantidad posible de alimento; pero si no se puede pasar por otro camino, tomará un vaso de leche cada tres ó cuatro horas, ó sea uno á las dos y otro á las cinco.

Al principio no se debe variar la cantidad en cada toma, ni la calidad de los alimentos; pero si el enfermo mejora, como es de esperar, conviene ir reemplazando algunos vasos de leche por leche con tapioca ó acompañada de una ó dos galletas, pero no de las llamadas Marías ni las de vainilla; son preferibles las llamadas Albert, poco azucaradas.

De este modo también se puede ir disminuyendo la cantidad total de leche.

Como régimen de transición al habitual, hay que mencionar los sesos cocidos, no fritos, las criadillas, el pan tostado y los purés de patatas, lentejas, etc.

En resumen: al principio se debe conservar el régimen alimenticio actual en su calidad, pero no en su cantidad, puesto que merced al empleo de los medicamentos indicados, se espera poder reducir el número de las comidas.

Después se debe pasar á modificar la composición de éstas, aspirando durante bastante tiempo á establecer un régimen que pudiera ser, poco más ó menos, el siguiente:

A las ocho: un huevo batido en caldo, un vaso de leche y pan tostado ó galletas.

A las once: un vaso de leche.

A la una ó una y media: sopa de tapioca, de sémola ó de fideos (preferibles al principio las dos primeras).

Segundo plato: sesos ó croquetas de gallina ó jamón en dulce.

Tercer plato: bisteck muy picado ó merluza ó dos huevos pasados por agua.

Postre: un vaso de leche con galletas, ó mejor, compota ó dulce de ciruela ó manzana asada. Además pan tostado.

A las seis ó seis y media un vaso de leche.

De ocho y media á nueve una tortilla á la francesa, y mejor aún, *souflée*, ó un par de huevos pasados por agua ó un plato de sopa como al medio día.

De segundo plato alguno de los citados en la comida del medio día, y como postre también se tomará alguno de los mencionados en la misma comida.

A media noche un vaso de leche si es preciso.

***

Claro está que en este escrito no se trazan ni pueden trazarse más que las líneas generales del tratamiento.

Sólo diré, para terminar, que los medicamentos habrán de irse suspendiendo en el orden siguiente: primero los de las comidas del centro del día, y en especial los de las once y merienda; después los del ó de los desayunos; y por último, los de la cena.

Pero en esto la observación de los efectos habrá de servirle de guía al médico de cabecera mejor que mis consejos.

Y lo mismo digo en la preferencia por los medicamentos, por más que yo me inclino á suspender, primero los opiados, después los arsenicales, y últimamente los bromuros.

***

Como contestación á este escrito, recibí la nueva consulta siguiente: «El enfermo es de temperamento nervioso, siendo muy conveniente se indique el tratamiento general adecuado para aplicarlo á la vez que el otro.

Siente excitabilidad nerviosa, creyendo encontrar en ella la causa del padecimiento que sufre.

Se desea saber además si convendrá quietud ó reposo absoluto, ó que haga algún ejercicio ó movimiento al aire libre.

¿Será conveniente la asistencia á círculos de recreo ó tertulias?

El enfermo gusta de ir donde hay poca gente, porque la atención continuada á lo que hablan los demás, cuando son muchos, ó el hablar mucho él, generalmente le fatiga, porque cree que con ello se le aumenta la excitabilidad nerviosa y la molestia que siente en el estómago.

El pulso se encuentra frecuente.

El sueño lo tiene alterado, como se ha dicho ya».

Contestación á esta segunda consulta.

De la lectura de la segunda consulta se infiere que el enfermo es, además de gastrálgico, neurasténico, sin que se pueda deducir de los datos referidos cuál de las dos afecciones se ha desarrollado primero. Pero lo que es indudable es que hoy tienen que ser tratadas las dos simultáneamente, y que influyen la una sobre la otra agravándose.

El análisis del jugo gástrico sería conveniente, pero hoy no lo juzgo indispensable. Más aún, por la historia del enfermo y por lo que se sabe de estas cosas, se puede afirmar que se trata de un hiperclorhídrico con más la hiperalgesia, causa de la gastralgokenosis.

La naturaleza, ó por lo menos la asociación neurasténica de la enfermedad gástrica, obligan á rectificar un poco el tratamiento farmacológico aconsejado en el primer escrito. En efecto, como en los neurasténicos se deben dar pocos medicamentos, convendrá suprimir lo más pronto que se pueda los que había aconsejado, y muy especialmente las píldoras de opio y belladona.

En cambio, hay que dar mayor importancia á los medios de carácter higiénico.

Comenzando por el ejercicio, diré que el enfermo debe hacer ejercicio físico, pero moderado, al aire libre, sin llegar al cansancio y cuidando siempre de no hacerlo después de comer.

No le conviene á este enfermo frecuentar reuniones, ni hablar mucho, ni que le hablen á él mucho tiempo seguido. Pero, sobre todo, sería muy conveniente que suspendiera todo trabajo intelectual un mes por lo menos para que se restaure su sistema nervioso.

En el extranjero, y muy particularmente en Alemania, estos enfermos se tratan con mucho resultado en Sanatorios especiales, donde todo está regulado bajo una dirección facultativa competente.

En España no hay nada de eso. Sin embargo, existe un establecimiento balneario, el de Solares (Santander), cuyas aguas prestan muy buen servicio precisamente en las afecciones digestivas de naturaleza ó con complicación nerviosas. Además, las condiciones de clima y de instalación le hacen muy recomendable para tales casos. En este establecimiento se deben tomar aguas y baños; las primeras para curar la afección digestiva; los segundos para modificar el estado neurasténico.

En el caso presente conviene por de pronto seguir el plan aconsejado, con las modificaciones indicadas en este escrito, por lo me-

nos durante un mes. Además, deberá el enfermo tomar un baño general tibio, antes de cenar ó dos ó tres horas después, diario si puede ser, y si no al menos dos veces por semana.

Terminado el mes, si el enfermo mejora, hay que seguir con el tratamiento, mitigándolo en lo medicamentoso, pero continuando lo mismo en lo higiénico y en los baños. La discreción del médico de cabecera será, sin embargo, la mejor guía para saber cuándo se ha de cesar en el tratamiento y cómo se ha de ir suspendiendo de un modo gradual.

Por el contrario, si al cabo de un mes del tratamiento aconsejado en estos escritos el enfermo no mejorara, habría que pensar en Solares, sujetándose al plan que trace el médico del Establecimiento en lo que se refiere al uso de aguas y baños, y haciéndole presente el plan que lleva en lo relativo á régimen alimenticio y á régimen higiénico.

No hay que olvidar que en los balnearios muy concurridos la mucha concurrencia tiene sus inconvenientes para estos enfermos, pero dichos inconvenientes se pueden evitar llevando una vida tranquila y hasta retirada.

***

En resumen, primero se debe insistir en el tratamiento aconsejado en el escrito anterior, pero procurando usar poco de los medicamentos, adoptando un régimen de vida de reposo en lo psíquico, y de ejercicio moderado en lo físico, y empleando además los baños.

Unicamente si se ve que con este tratamiento no mejora el enfermo, ó mejora muy poco, es cuando se debe aconsejarle que vaya á Solares á pasar una temporada, que no deberá bajar de tres semanas si se quiere que produzca algún resultado.

***

Deseando saber el resultado del tratamiento, escribí al interesado á mediados de diciembre último, recibiendo como contestación la carta cuyos párrafos principales voy á transcribir:

«En el día 19 de julio empezó el tratamiento, y gracias á él, aunque con trabajo, se inició la posibilidad de ir reduciendo paulatinamente el número de comidas, que llegaban entonces hasta 10 y 11, quedando reducidas el 16 de agosto á cinco. Con estas cinco comidas seguí hasta el 24 de septiembre, y desde entonces, unos días con cuatro y otros con cinco, continué hasta el 10 del actual, en que han quedado reducidas á cuatro.

Los baños tibios los empecé á tomar el día 26 de julio á 30° centígrados y de diez minutos de duración; diariamente, y antes de la cena, hasta el 20 de septiembre, en que se cambió al medio día, antes de comer. Desde noviembre el baño es alterno, tomándolo ahora dos veces por semana, á 32° y también de diez minutos.

La medicación se ha ido disminuyendo paulatinamente á medida que se fué aminorando la necesidad de tomar alimento. Los bromuros los sigue tomando dos veces, pero en menor cantidad. Al principio, según la prescripción de usted, tomaba un gramo de bromuro sódico y otro de amónico en cada papel; después el médico redujo la dosis á medio gramo de cada bromuro por papel, y ahora esta cantidad de un gramo se divide en tres papeles, tomando uno antes del almuerzo y otro antes de la comida.

De las gotas tomo solamente tres, antes de la merienda. Y de las píldoras de opio y belladona, una antes de la cena.

El estado actual es el siguiente: 1.°, el pulso ha vuelto á ser completamente normal, según el médico; 2.°, el vientre, natural; obro una vez por la mañana sin estreñimiento ni diarrea; 3.°, el sueño se ha restablecido casi por completo á su estado normal: me acuesto á las once y cuarto ú once y media, me duermo y, por regla general, aunque despierto alguna vez, vuelvo á dormir hasta las seis y cuarto ó siete de la mañana. Antes de la medicación sólo dormía el primer sueño, de tres á cuatro horas á lo sumo, y en despertando no volvía á dormir; 4.°, el estado general también ha ganado en agilidad, ánimo y fuerza; ya empiezo á leer con gusto los periódicos, pudiendo sin trabajo sostener la atención en lo escrito, cosa que antes me era imposible; pero aún no puedo, sin cansarme, leer alto, ni hablar alto mucho tiempo seguido, ni andar muy deprisa; 5.°, el peso, que había aumentado considerablemente antes del plan de usted, ha disminuído, encontrándome ya casi con el peso que he tenido siempre; 6.°, en cuanto al estómago, aunque menos, aún está doloroso; casi siempre tengo en él todavía algo de molestia ó dolor. Este estado doloroso del estómago se va haciendo más intenso á las tres horas y media de haber tomado alimento, ocurriendo con frecuencia que á las cinco horas de haber comido tengo á veces menos dolor de estómago que á las tres horas y media. Además, en el intervalo de la comida del medio día á la merienda, suele estar el estómago algo más doloroso que en el intervalo de la merienda á la cena. Con el baño desaparece el dolor, tanto que al sentarme á la mesa después, parece que no volvería á presentarse. Empiezo la co-

mida tomando el alimento con mucho gusto y sin casi molestia, pero después de la comida reaparece la molestia, que dura unos cuarenta á cincuenta minutos. Sin embargo, este malestar que siento en el estómago después de comer va siendo menor que antes, así como también se va aminorando la intensidad del dolor de estómago cuando éste va quedando vacío.

La comida me sabe bien, pero después de comer me queda mal gusto de boca y noto en la lengua que está así como áspera.

La capa blanca de la lengua dice el médico que se va aclarando cada vez más y que lleva camino de limpiarse. Cuando se notan ruídos de gases en el estómago ó en el vientre, disminuye el estado doloroso del estómago.

Mi alimentación la constituyen en la actualidad: puré de habas ó de lentejas, sopa de sémola ó de tapioca, huevos batidos en caldo ó leche, croquetas de carne de gallina muy picada, merluza cocida, almíbar de ciruela ó de cabello, galletas Albert y natillas de leche y tapioca ó de sémola y leche. El pan lo tomo tostado, y no bebo agua, porque nunca tengo sed.

Por las tardes, invariablemente, si el día está despejado, me marcho al campo á las dos y no vuelvo hasta las cinco, cuando el sol se pone. Este ejercicio me sienta muy bien.

Por lo expuesto observará usted que en lo que he adelantado muchísimo es en la reducción del número de comidas, que es casi el normal. Si se llegara á conseguir la desaparición completa del estado doloroso del estómago, el triunfo sería colosal, porque el trastorno que sentía era muy grande».

Como contestación á esta consulta, aconsejé al enfermo que no abandonara los baños, antes bien que los tomara más á menudo, v. gr., dos días sí y uno no, para calmar el dolor constante del estómago. Y para combatir la exacerbación de dicho dolor, que se presenta á las tres horas y media de haber comido, le aconsejé que tomara á esa hora un papel de magnesia calcinada y creta, aumentando la cantidad de la primera si hay estreñimiento y la de la segunda si se presenta diarrea, empezando por 60 centígramos de cada cosa y aumentando, si es preciso, hasta medio gramo. Si aun así el dolor se mostrara rebelde, se añadirá á cada papel uno ó dos centígramos de clorhidrato de cocaína, disminuyendo ésta y llegando, por último, hasta suprimir la creta y la magnesia á medida que vaya también disminuyendo la mencionada exacerbación del dolor de estómago.

Poco he de añadir á la historia clínica que acabo de exponer. Con el nombre de gastralgokenosis, palabra compuesta de γαστραλγία, dolor de estómago, y κενος, vacío ó sea vacuidad dolorosa del estómago, designa Boas «á los dolores gástricos ó á la sensación dolorosa de peso en el epigastrio, que se presenta exclusivamente cuando el órgano se vacía, y se alivian rápidamente con las comidas». La atribuye el autor mencionado á «contracciones excesivamente fuertes del píloro, que se exacerban hacia el fin de la digestión después que se licuan los ingesta y se retardan verosímilmente cuando de nuevo se ingieren alimentos».

Los casos que cita el autor se parecen en sus líneas generales al reseñado en este artículo, y hasta se asemejan en el hecho de que, gracias á la repetida ingestión de alimentos, que á pesar de todas las molestias se digieren y asimilan, los enfermos llegan á aumentar de peso.

También se confirma en el caso presente lo que dice Boas, de que se encuentran estigmas de neurastenia en esta clase de pacientes, pues en el actual el estado neurasténico está bien manifiesto.

En cambio el enfermo historiado no padecía de estreñimiento, que según el autor mencionado se observa casi siempre en estos casos, y por otra parte el dolor de estómago es continuo, aunque se exagera con la vacuidad, á diferencia de los citados por Boas, en que sólo se presenta con esta última.

La afección no debe ser muy frecuente, por cuanto en la literatura médica de estos últimos años, se tropieza rara vez con casos de la misma.

Respecto á su patogenia, yo creo que tanto ó más que á las contracciones dolorosas del píloro, hay que atribuir los dolores de estos enfermos á cierto estado de hiperestesia de la mucosa gástrica, hiperestesia que aun en la misma hiperclorhidria común desempeña un papel tan importante, que hoy en día la mayoría de los autores llegan á creer que sin este factor no es capaz el exceso de HCl de determinar los síntomas que se le venían atribuyendo, á no ser quizá en el caso de ser muy considerable; más aún, se cree que basta la simple hiperestesia, sin hiperclorhidria para ocasionar la mayor parte de los síntomas de esta entidad patológica.

Respecto al tratamiento, creo conveniente exponer las razones en que se funda el que he aconsejado en el caso presente.

Comenzando por el régimen alimenticio, eje sobre el que tiene que girar siempre el plan terapéutico de todo enfermo del estómago,

casi no tengo necesidad de añadir nada á lo expuesto en la historia.

Basta su lectura para comprender que el enfermo comía demasiado, que ingería excesiva cantidad de substancias albuminóideas y que la alimentación era demasiado líquida. Mas como para corregir estos defectos de régimen bromatológico era menester calmar los dolores que habían traído al enfermo á este extremo, obligándole para calmarlos á alimentarse muy á menudo con manjares de muy fácil digestión, era necesario aliviar dichos dolores y calmar la hiperestesia que lo ocasionaba.

El opio, el gran calmante, tiene la ventaja de su superioridad en este concepto, pero no se puede usar de un modo exclusivo en estos casos, por tres razones principales: 1.ª, porque habría necesidad de administrarlo á dosis peligrosas en cuanto al hábito que podrían ocasionar, ya que se trata de un estado morboso casi siempre de larga duración; 2.ª, porque provoca el estreñimiento, que en esta clase de enfermos tiene muchos inconvenientes, y 3.ª, porque según las investigaciones modernas, tanto esperimentales como clínicas, el opio y su alcaloide principal exageran la acidez del jugo gástrico, y por lo tanto aumentan la hiperclorhidria. Y aunque el doctor Boas dice que muchos de estos enfermos no son hiperclorhídricos, no creo que esta afirmación se pueda aplicar al caso actual. El hecho mismo que nos refiere en su última consulta, de que el dolor se le exageraba ó presentaba últimamente á las tres y media horas de haber comido, es un síntoma casi típico de los hiperclorhídricos, y no diré que exclusivo de ellos porque Einhorn, de Nueva York, dice haberlo observado también en casos de aquilia gástrica.

La asociación de la belladona al opio ha tenido por objeto, en el caso actual, neutralizar el efecto astringente del primero y también su estímulo de la secreción clorhídrica, pues la belladona está probado que es antagonista del opio en ambos conceptos, aunque muy inferior á él como sedante del dolor.

Los arsenicales satisfacen también la indicación antigastrálgica, por más que no nos expliquemos bien tal virtud terapéutica, y por eso se han empleado para coadyuvar al tratamiento opiado.

Por último, los bromuros los he aconsejado más que por su efecto local, que es inferior al de los medicamentos antes citados, por su acción general, sospechando que pudiera tratarse de un neurasténico. Sospecha que confirmaron la segunda consulta y también el éxito de los baños templados, tan notable, que el mismo enfermo manifiesta que con el baño desaparece el dolor.

También para combatir el estado neurasténico influyente en la afección gástrica y quizá influído á su vez por ella, era necesario prescribir el descanso psíquico y el ejercicio físico, pero moderado. Respecto á este último, creí del caso insistir en la necesidad de que no se practicara inmediatamente después de comer, porque si el reposo es conveniente en estos momentos á todo enfermo de estómago, es indispensable á los hiperclorhídricos y á los gastrálgicos, y mucho más á los que reunen ambas condiciones patológicas.

Las reglas generales de alimentación no las voy á razonar, puesto que son las corrientes en todo caso de hiperclorhidria. Sólo sí diré que como en este enfermo no había ni sed ni estreñimiento, lo cual no deja de ser un poco extraño, no hubo necesidad de hacerle ciertas prescripciones. Me refiero, respecto á la sed, á los enemas de agua que algunos aconsejan para suplir por la absorción rectal, lo que no se debe exigir de la intestinal, ya que sabemos que el estómago apenas absorbe agua. Por mi parte, rara vez he tenido necesidad de apelar á este medio; mientras los enfermos están sometidos á dieta láctea ó á su inmediatamente sucesora (papilla, huevos pasados por agua, etc.), porque con los alimentos ingeridos recibe el organismo la suficiente cantidad de agua, y cuando el régimen ya puede ser más consistente, porque á estas alturas generalmente ha desaparecido la sed exagerada.

Respecto al estreñimiento, el uso de las substancias grasas y en particular el aceite de olivas, tiene en los hiperclorhídricos la doble ventaja de facilitar las evacuaciones albinas y de combatir la misma afección fundamental; pero como en el caso presente no había, por fortuna, necesidad de regularizar la función ventral, sólo se tuvo en cuenta la posibilidad de que la medicación la pudiera perturbar, retardándola, para combinar el plan terapéutico de manera que no diera origen á la astricción de vientre.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

LA HIGIENE DE LOS CONVALECIENTES MENESTEROSOS EN ESPAÑA DURANTE LOS SIGLOS XVI Y XVII; DATOS HISTÓRICOS, por el Dr. D. Angel de Larra y Cerezo.

No he de presentar al Dr. Larra, de ilustre abolengo en la historia de las letras españolas; por fortuna, él y sus trabajos son bien conocidos; en la Real Academia, en la Sociedad Española de Higiene, en la Academia militar, en la prensa profesional y política, en todas partes, ha dado y da constantemente pruebas valiosas de la gran profusión de sus conocimientos, aunque de un modo particular cultive con acendrado amor y prolijo esmero el vastísimo campo de la higiene.

Pero sí tengo á grande honor presentar á los lectores de la REVISTA un trabajito muy pequeño, insignificante si se quiere desde el punto de vista material (16 páginas en octavo pequeño), pero muy grande, verdaderamente voluminoso por la idea fundamental que le informa y por el ímprobo trabajo que representa escribir aquel número exiguo de páginas, cualidades que le hacen acreedor á que se le dediquen algo más que cuatro líneas para dar cuenta de su publicación.

El opúsculo en cuestión trata de un asunto higiénico de los de mayor actualidad, sobre todo en las grandes poblaciones, aunque como su título indica, no dedique ninguna página á la mencionada actualidad como problema palpitante del día. Y en esto estriba; á mi modo de ver, el gran valor que encierra, puesto que á cuantos sepan leer algo más que los caracteres impresos, descubrirán que los datos históricos que se mencionan, no sólo sirven para demostrar que á España le corresponde la gloria de la prioridad en un asunto higiénico de inmensa importancia, sino que, además, pueden servir de acicate para que se coloque, ya que no delante, como en aquellos siglos, cuando menos al lado de las demás naciones que rinden fervoroso culto á la diosa Higea.

De los datos que figuran en este boceto histórico, que tienen todas

las garantías de la más escrupulosa precisión, se desprende que en España se fundaron hospitales para convalecientes en Madrid, donde el famoso hermano Bernardino de Obregón fundó el primero en 1567, Segovia (1579), Sevilla (1590-98), Barcelona (1629), Madrid (1649), Valencia (1670), Zaragoza (1677 á 86) y Toledo (1691), datos que demuestran, en forma irrebatible, que andan bastante lejos de la verdad histórica aquellos autores que atribuyen la prioridad europea de esta clase de tan higiénicos como convenientes y necesarios nosocomios al que fundó en París la Sra. Fieubet en el año 1640.

La oportunidad de tal publicación la considero superior á todo encomio, no sólo porque en otras naciones, por la simple pero poderosa razón de humanidad, se preocupan en la creación de asilos para los convalecientes menesterosos, sino porque aquí en España, y sobre todo en Madrid, á la par que estos asilos llenarían una misión obligatoria por humanitaria, resolverían de paso el pavoroso y antihigiénico espectáculo de la aglomeración, mejor dicho, del amontonamiento de enfermos en nuestras salas de hospital.

Reciba el incansable Dr. Larra mi cordial felicitación.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 19 de Mayo de 1906.

Relaciones entre el número de anquilostomas y el estado de la sangre en la anemia de los mineros. — El Dr. Codina: Los datos que presenté el año pasado en esta Academia con el epígrafe de *Resumen de Casuística anquilostomiásica*, se prestan á estudios parciales de distintos órdenes, y el que hoy me va á ocupar es el referente á las relaciones que existen entre el número de anquilostomas y la composición de la sangre.

En la anquilostomiasis, los caracteres histológicos de la sangre tienen unos rasgos tan particulares que representan un factor diagnóstico de gran importancia, el que reune mayores probabilidades de acierto, descartando el valor diagnóstico que podríamos llamar específico y que está representado por la presencia de los huevos de anquilostoma en los excrementos. En efecto, tanto en los glóbulos rojos como en los blancos se descubren ca-

racteres, cuyo conjunto resulta muy elocuente para presumir el diagnóstico de anquilostomiasis.

Por lo que se refiere á los hematíes, aunque no se encuentran formas poikilocitósicas, es común que el estroma sea más blanco y no presenten la fisiológica tendencia á reunirse en pilas, ó sea menos manifiesta dicha tendencia que en estado normal. Pero los factores diagnósticos más importantes hállanse en su descenso numérico y en el descenso, si no proporcional, muy marcado de su valor hemoglobínico. El número de glóbulos rojos desciende á cuatro, tres, dos y hasta un millón, y la cantidad de hemoglobina está generalmente por debajo del 60 por 100 y en algún caso ha descendido hasta la pequeña cifra del 25 por 100.

Este descenso paralelo, aunque no proporcionalmente uniforme, puesto que hay casos en que es más notable la disminución de la hemoglobina que la de los hematíes y viceversa, no es el propio de la clorosis donde lo fundamental de la alteración patológica hállase en el gran descenso hemoglobínico, sin exagerada disminución globular, trastorno de composición análogo en todas las anemias primarias, sin el característico de la llamada anemia grave perniciosa, puesto que en ésta el enorme descenso globular va acompañado de un aumento en el valor hemoglobínico de cada hematíe, como si los glóbulos rojos que quedan se apropiaran la hemoglobina de los desaparecidos.

Por lo que se refiere á los glóbulos blancos, tanto la cantidad como las recíprocas proporciones entre sus distintas especies, suministran factores diagnósticos de indudable utilidad. El número de leucocitos está generalmente aumentado y oscila alrededor de los ocho ó nueve mil y en algunos casos sube á doce, catorce y hasta dieciocho mil, cifra que representa una leucocitosis moderada y que la separa de las verdaderas leucemias, en que estos elementos globulares llegan á las altas cifras de ochenta y cien mil.

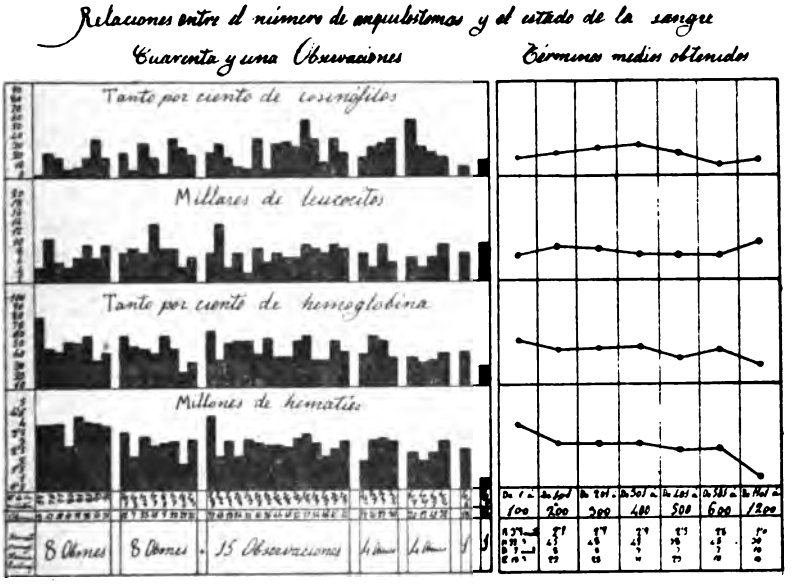
En cuanto á las recíprocas proporciones en que se halla cada especie leucocitaria, llama la atención la constante eosinofilia. El aumento de los eosinófilos es pocas veces insignificante, casi siempre llega al 20 ó 30 por 100 del total de leucocitos, y en ocasiones sube al 40, 50 y hasta el 60 por 100 en detrimento constante de los polinucleares neutrófilos.

Los caracteres histológicos principales de la sangre que en la anquilostomiasis pueden concretarse, pues, en descenso correlativo de los hematíes y de la hemoglobina, en moderada leucocitosis y muy manifiesta eosinofilia, caracteres cuyo conjunto no se encuentra tal vez más que en otra anemia helmintiásica; la anemia botriocefálica, cuya etiología general es muy distinta de la correspondiente á la anemia anquilostomiásica.

Ahora bien; conocidos dichos caracteres hemos tratado de averiguar las modificaciones que pudieran sufrir en relación con el número de anquilostomas que cada individuo albergara en su intestino. En el cuadro que tengo el honor de presentar, del cual ha sacado dos hermosas negativas mi distinguido amigo y tan excelente médico como *amateur* fotográfico, el doctor Hernández Briz (véase el adjunto grabado), y que á su vez está dividido en dos cuadros desiguales, se ven en el mayor los datos de la composición sanguínea correspondientes á cada observación, con la cifra de los anquilostomas que expulsaron al pié de cada una; dichas observaciones están

reunidas en distintos grupos, según los centenares de anquilostomas expulsados; y en el cuadro menor, las gráficas que representan las cifras de los términos medios obtenidos con aquellas observaciones en cada uno de los mismos grupos.

Desde luego llama la atención en el primer cuadro, ó sea en el que están gráficamente expuestos los datos particulares correspondientes á 41 observaciones, la variabilidad de las cifras obtenidas dentro de cada uno de los siete grupos en que está dividido, partiendo de la base del número de anquilostomas expulsados. En vista de dicha variabilidad, y con objeto de obtener datos más significativos y que se prestaran á ser fácilmente interpretados, dividimos la suma de las cifras de cada grupo por el número de observaciones que contenía, y con los cocientes obtenidos, verdaderos términos medios, hemos formado las gráficas del segundo cuadro.



Como puede verse y demuestran elocuentemente dichas gráficas, no son idénticas las relaciones que existen entre el número de anquilostomas y los hematíes ó los leucocitos. En efecto; en el primer grupo (de 1 á 100 anquilostomas expulsados) corresponde una cifra media de glóbulos rojos muy próxima á los cuatro millones; en el segundo, tercero y cuarto grupos (segunda, tercera y cuarta centena de anquilostomas expulsados), la cifra media está próxima á los tres millones; en el quinto y sexto grupos se mantiene alrededor de los dos millones y medio; y en la séptima (1.130 anquilostomas expulsados) desciende á un millón. Por lo tanto, bien puede afirmarse que, sin que sea la relación proporcional, el número de *hematíes está en relación inversa del número de anquilostomas albergados en el intestino.*

Por lo que se refiere á la cantidad procentual de hemoglobina, la máxima corresponde al primer grupo (52 por 100) y la mínima al séptico (30 por

100; pero en los grupos intermedios hay oscilaciones crecientes y decrecientes que no permiten una conclusión tan categórica como la referente á los hematíes; de todas modos, las cifras obtenidas autorizan á consignar que *la hemoglobina disminuye en general, tanto más cuanto mayor es el número de anquilostomas*, aunque el descenso de aquélla con respecto á éstos es irregular en los cinco grupos intermedios comprendidos entre 101 y 600 anquilostomas.

Ni el número de glóbulos blancos ni el procentual de eosinófilos parece que se modifica de un modo muy manifiesto en relación con el número de anquilostomas, aunque persiste, como es natural, siempre el carácter genérico de la moderada leucocitosis y elevada eosinofilia. Las cifras medias leucocitarias varían muy poco, puesto que con 7.000 leucocitos en el primer grupo, sube á 8,000 en los grupos segundo y tercero, desciende á los 7.000 en los grupos cuarto, quinto y sexto, y sólo se eleva á un nivel superior á 10.000 en el último; por lo tanto, la única conclusión que parece desprenderse de estos datos, si es que realmente la autorizan tan exíguas diferencias, es que *cuanto mayor es el número de anquilostomas, tanto más intensa es la reacción leucocitaria.*

Las cifras medias de eosinófilos van progresivamente en aumento del primero al cuarto grupo, con los números 18, 22, 28 y 31 por 100, pero en el quinto desciende á 23, baja todavía á 10 en el sexto, y asciende de nuevo hasta 16 en el séptimo, sin que llegue á alcanzar la cifra eosinófila del primer grupo. Si mayor número de observaciones confirmaran estos datos, podría deducirse la siguiente conclusión: *La eosinofilia aumenta en razón directa al número de anquilostomas, mientras éstos no llegan á medio millar; desde esta cifra en adelante, la eosinofilia disminuye.*

Estas conclusiones, como se comprenderá, no pueden aceptarse como absolutas y definitivas, sino como un boceto relativo y circunstancial; el escaso número de observaciones en algunos grupos (cuatro en el cuarto y quinto, y sólo una en el sexto y séptimo) y el vacío que existe entre el grupo de los 600 y el de 1.100, representado por cinco grupos de un centenar de parásitos cada uno, son motivos suficientes para no aceptarlas sin reservas y sin hacer todo género de salvedades. Ahora bien; si los resultados obtenidos en otro mayor número de casos concordaran con los que he tenido el honor de exponer, podría entonces afirmarse que las relaciones que existen entre el número de anquilostomas y la composición de la sangre en la anemia de los mineros, no son un supuesto teórico, sino un hecho real y demostrado, las cuales consisten, en tesis general, en una influencia inversa ó progresivamente decreciente entre los parásitos y los hematíes, y la hemoglobina directa ó progresivamente creciente entre aquéllos y los leucocitos y los eosinófilos; en otros términos, y siempre en tesis general, á mayor número de anquilostomas, menor número de glóbulos rojos y de cantidad de hemoglobina, y mayor número de leucocitos y de eosinófilos.

Como no se ocultará á los Sres. Académicos, los datos que acabo de exponer y las conclusiones que de ellos se desprenden, se prestan á consideraciones de índole diagnóstica y de índole patogénica, sobre todo en favor de la teoría tóxica del proceso anémico, que no voy á explanar, porque son fáciles de inducir y porque no quiero molestar por más tiempo á la Acade-

mia, quedándole sumamente reconocido por la gran atención que me ha prestado.

Profilaxis de la tuberculosis.—El Dr. *Iglesias*, al reanudar este debate, manifiesta que, en su opinión, no hay profilaxis especial de la tuberculosis, sino que aquélla es el resultado del cumplimiento fiel y exacto de los principios generales de la Higiene, considerando como el desideratum de dicha profilaxis el remover y auyentar toda la debilitación orgánica, debiendo prestarse tanta atención al terreno como al germen, abogando porque se dicten leyes, disposiciones é instrucciones populares y cuanto pueda conducir á prevenir este verdadero azote social.

Que con razón se había lamentado el Dr. Espina de que en el cuadro de exenciones para el ejérciso sólo se consignen como eximentes, en cuanto á la entidad morbosa de que se trata, la tisis laríngea ó la pulmonar confirmada, creyendo que en esto se había sufrido un lamentable retroceso, toda vez que en el cuadro de exenciones de 1855 se consideraban como causas de exclusión, no sólo los estados de tuberculosis confirmada, sino la predisposición orgánica ó hereditaria.

Termina el Dr. Iglesias manifestando la necesidad de que las Corporaciones que tratan de estos asuntos, recaben del Gobierno la modificación del cuadro de exenciones para el servicio militar en el sentido de que se incluya en él la pretuberculosis y la predisposición manifiesta á la tisis pulmonar.

El Dr. *Tolosa* afirma que, al tratar de resolver los problemas médicos se olvida la personalidad humana; que desde hace quince ó veinte años se está hablando de Sanatorios sin que hayan llegado á implantarse, por cuya razón se deja al pobre tuberculoso en el más terrible desamparo, rechazado por todos y sin tener dónde refugiarse; que en España no tienen eco ni resonancia las campañas encaminadas á la creación de Sanatorios que, como las *Gotas de leche* y otras instituciones, arrastran en nuestra patria una vida penosa.

Respecto á los Sanatorios marinos dice que, contra lo que generalmente se supone, el mar tiene muy pocas contraindicaciones, puesto que ni los hemoptóicos ni aun los reumáticos empeoran. Ensalza las condiciones tónicas del mar y su influencia en el organismo, afirmando que uno de los factores para la curación de la tuberculosis es hacer resistente el sistema nervioso, de donde se deduce la importancia de la vida genésica.

Abogando por que se evite á todo trance el abandono del niño, relata el rasgo conmovedor de una señora que al visitar la Inclusa de New-York se sorprendió al ver que un niño, adelantándose hacia ella, la dijo:

«¿Eres tú mi mamá?»

«No, hijo mío».

Y como la señora manifestase su extrañeza á persona del establecimiento que la acompañaba, ésta manifestó que jamás se decía á los niños que eran incluseros, sino que estaban esperando á que sus padres fuesen á recogerlos.

Manifiesta además el Dr. Tolosa que allí á los que aprohijan estos niños se les exige juramento de que nunca han de revelarles su origen.

Termina el Dr. Tolosa añadiendo que la profilaxis contra la tubercu-

losis debe tener como base el mejoramiento físico, moral y social de la raza humana, protegiendo á la mujer y al niño, poniendo al alcance de las clases pobres la alimentación sana, propagando los Sanatorios y los Consultorios para niños, emprendiendo enérgicas campañas contra el alcoholismo, y procurando por todos los medios atenuar el germen de la tuberculosis.

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 21 de Mayo de 1906.

Herida del nervio mediano.—El Dr. *Fernández Sanz* felicita al Dr. Gayarre por su caso, aun cuando ve que no ha dejado el terreno de las hipótesis, de que es tan enemigo. Esperaba el Dr. Fernández Sanz haber oído algo acerca del estado actual del asunto de la regeneración de los nervios después de separados de sus centros tróficos. El año pasado, con motivo de análoga discusión, hizo él consideraciones sobre este punto; entonces se presentaba como muy fundada la teoría, sostenida como cierta por Van Geutchen, que admitía que los nervios periféricos seccionados se regeneraban autóctonamente. Los neuronistas, Cajal á la cabeza, se han defendido y han publicado trabajos en los que demuestran que la regeneración es de origen central; los separatistas, en cambio, ya transigen, ya hacen distingos, y dicen que experimentalmente no han conseguido encontrar cilindros ejes en el extremo periférico, y que si se verifica la regeneración, ó sea la maduración de Kenedi, es preciso que esté en relación con el centro para recibir su influjo por contacto directo ó indirecto.

Termina preguntando al Dr. Gayarre si se han hecho análisis histológicos y pidiéndole que explique detalles de la operación.

El Dr. *Fernández Seco* interviene en la discusión para poner de manifiesto que, por regla general, los cirujanos no exploran la sensibilidad después de la sección quirúrgica de los nervios, y sería conveniente lo hiciesen para dar luz á estos estudios.

El Dr. *Gayarre* dice que es amigo de las hipótesis cuando vienen á cuento; y precisamente una de las razones de haber presentado su caso es porque viene á destruir la moderna hipótesis del autor inglés citado.

De las ideas de regeneración de los nervios habló de pasada nada más, porque ya en otra ocasión las expuso extensamente.

Y respecto de la operación, dice que el Dr. Goyanes resecó cuatro centímetros del nervio, estiró sus cabos para aproximarlos y los suturó con seda; el trozo de nervio extirpado está pendiente de análisis. Cuanto al efecto de la sutura, todavía es pronto para ser apreciado, pues se necesitan cerca de quince semanas para ello.

Gastroenterostomía por úlcera simple.—El Dr. *Yagüe* presenta un enfermo de cuarenta y cinco años, casado, de Alcobendas, hortelano y guarda de campo. Intemperante de siempre, sólo hacía dos meses que, por el sufrimiento que le ocasionaban, había dejado las bebidas. Su padre murió á los setenta años, de hemorragia cerebral, y su madre de sobreparto.

Sin antecedentes dignos de mención, comenzó hace seis ú ocho años á tener á temporadas dolores de estómago al hacer la digestión de la comida principal, que le calmaban con alcalinos; los sufrimientos fueron irregulares, progresivos y alguna vez vomitaba la comida, previo gran ardor y aguas de boca; esto también le calmaba el dolor; nunca ha vomitado sangre.

En octubre comenzó á sufrir gran dolor epigástrico, intenso y continuo, después de haber tenido una indigestión, y cuatro días antes de ser observado vomitó la cabida de una jofaina de líquido obscuro, como café. El vientre siempre le ha movido perezosamente, sin sangre ni moco, pero alguna vez de color obscuro, sin medicamento á que atribuirlo.

Examen.—Vientre duro por defensa muscular, sobre todo de los rectos superiores derechos, que aumentaba con la presión, que era dolorosísima y hacía imposible la investigación del *clapotage*; había punto epigástrico y dorsal bien manifiestos; estómago de dimensiones y capacidad normales y ningún infarto ganglionar; el color y la nutrición eran satisfactorios.

Diagnóstico.—Úlcera simple en hiperclorhídrico.

Tratamiento.—Dieta láctea absoluta, bismuto á altas dosis y alcalinos larga mano. Mejoró; pero en seguida, sin causa, como él afirma, ó por transgresión del régimen, según aseguran allegados, volvieron los sufrimientos con tal violencia que no fué posible calmarlos ni aun con nitrato de plata y los opiáceos.

La necesidad de su restablecimiento, necesario para que con el trabajo pudiera subvenir á su subsistencia, en vista de la ineficacia del tratamiento médico y de la intensidad del sufrimiento, que le llevaba á hablar del suicidio, ingresó en el Instituto Rubio para ser operado, donde en la visita general de los jueves hubo algún Profesor que creyó percibir una tumoración en la parte inferior derecha de la región epigástrica. El riesgo del cateterismo en un enfermo que no podía ser vigilado contraindicaba las investigaciones químicas; pero una vez hospitalizado se extrajo el jugo gástrico, y el Dr. Durán encontró 2'920 de acidez clorhídrica por 1.000 y 3'6 de acidez total, cifra análoga á la encontrada por el Dr. Yagüe al mismo tiempo; las dudas se desvanecieron, y el enfermo fué operado por el Dr. Cervera de una gastroenterostomía trasmesocólica con yeyunoyeyunostomía (procedimiento de Roux). Hallóse una extensa perigastritis adhesiva de toda la cara anterior y una úlcera simple crónica en la cara anterior del antro pilórico. Desde el primer momento cesaron las molestias, y está curado y trabajando en su pueblo.

Sería absurdo pretender sacar conclusiones de un sólo caso, y no lo pretende; llama la atención acerca de la evolución progresiva de la terapéutica quirúrgica en los ulcerosos, puesto que hoy se establece como línea de conducta el hacer intervenir todas aquellas en que fracasa el tratamiento médico severo y largamente establecido, siempre que su estado lo permita, no dejándoles sucumbir sin intentar su salvación por vía quirúrgica, que será precoz si el enfermo es pobre y no puede eximirse del trabajo.

Avalora los datos del quimismo hiperclorhídrico de este caso la circunstancia casual de ser hipoclorhídrico otro que estaba al mismo tiempo en la sala afectado de estenosis del cardias, diagnosticado clínicamente de úlcera

simple, pero que la esofagoscopia hecha por el Dr. Tapia demostró ser neoplásica.

El Dr. González Campo: En cuanto á la comprobación del *clapotage*, que en este caso tenía poco valor, puede hacerse aun cuando estén contraídos los rectos; una de las obras clásicas de la especialidad recomienda en tales ocasiones empujar con la palma de la mano izquierda el estómago para dirigirlo hacia este lado por debajo del músculo y provocar ese ruído en este punto. El enfermo presenta síntomas claros de hiperclorhídrico, á los que siguieron los de úlcera, y después de emplear ó recomendar el tratamiento médico, por su ineficacia, propuso la intervención. Ya hace algún tiempo que se recomienda la operación en la úlcera por si se resiste á un tiempo prudencial de tratamiento médico, sin limitarse á operar las complicaciones (estenosis pilórica, biloculación, perforación, etc.). Esto ha de hacerse más en el pobre que en el acomodado, pues aquél ha de vivir de su trabajo y no dispone de elementos para costear su alimentación láctea, mientras éste puede dedicarse sólo al restablecimiento de su salud. Respecto al caso señalado incidentalmente dice que si su historia gástrica era antigua, pudo pensarse en una ulceración que degeneró en cáncer, y pudo ser hiperclorhídrico en los primeros tiempos, hipoclorhídrico ó aclorhídrico después.

El Dr. *Yagüe* manifestó que se viene interviniendo desde hace tiempo en enfermos ulcerosos; pero para ver el progreso que en esta materia se está efectuando, dice que Hartmann, en su *Cirugía del estómago*, publicada en 1899, no daba más indicaciones de intervención en los ulcerosos que las complicaciones de la úlcera, y en sus trabajos de 1906, da como regla que deben ser intervenidas todas cuando fracase el tratamiento médico, llegando á señalar como tiempo que debe esperarse el de un mes. Claro que en esto último hay, sin duda, exageración patente, pues sólo las circunstancias de enfermo, de proceso y aun de medio social, pueden permitir determinarlo exactamente en cada caso; pero bueno será ir haciendo conocer los que se vean para la más exacta delimitación de las indicaciones. En cuanto al procedimiento de que habla el Dr. González Campo para investigar el bazuqueo, no hubiera sido útil en este enfermo por su sensibilidad exagerada y porque la perigastritis no hubiera permitido la dislocación del estómago; esto, no obstante, no cabe duda de que es un procedimiento que puede ser útil en otros casos.

Algunas consideraciones de la anatomía normal del oído. — El Dr. *Villa* (D. J.) hace un estudio precioso de «cómo el oído entra en la arquitectura del cráneo». En la resistencia á las presiones verticales, el oído es sustentador de la bóveda craneal, toma importantísimo papel en la resistencia á las presiones laterales, obrando como una cuña; tampoco interviene para nada en la resistencia del cráneo á las presiones antero-posteriores. Las fracturas se transmiten al oído y se propagan en él según la dirección que traen de la bóveda; en poco influye la estructura del temporal.

Caja del tambor. — El *sinus timpani* se continúa algunas veces (dos en su colección) por dentro de la pirámide y del facial. Ha encontrado la pirámide, bien terminada abajo en una cavidad puntiaguda, bien redondeada. En algunos temporales, terminando muy cerca de la bóveda yugular. Las dehiscencias del acueducto de Falopio no han sido encontradas en sus pre-

paraciones. El músculo del martillo siempre en canal óseo, no en conducto como señala Huguier, y si está en conducto, la pared externa sería tan delgada que, prácticamente, es como si no existiera.

Posición del facial. — Pasa entre el caracol y el vestíbulo primerò, más cerca del primero que del segundo, distante unos 3 milímetros de la extremidad anterior del conducto superior; el facial pasa por debajo del conducto semicircular externo, y sólo se hace vertical 2 milímetros más atrás. Su posición vertical forma curva de concavidad externa; por lo tanto, huye del antro. En sus preparaciones, sólo en los dos temporales, cuyo *sinus timpani* se prolonga hacia atrás, el nervio se hace completamente vertical y queda en un plano más externo que el conducto vertical horizontal; cree que la relación con la membrana está un poco más baja que el centro de su contorno posterior.

Topografía del laberinto. — El conducto semicircular posterior sobresale atrás lo menos 2 milímetros del externo, y corresponde á la pared interna del antro. El externo está colocado en el aditus, pero de tal modo, que su extremidad anterior es más alta que la posterior. El superior por encima de éste corresponde al aditus á la pared interna del antro. La extremidad anterior del superior está á 2 milímetros del pico de cuchara y á 1 por encima del facial. La extremidad anterior del externo corresponde al facial debajo del anterior. La posterior del externo también al facial 1 milímetro más atrás. La extremidad inferior del posterior al *sinus timpani*. El vértice del caracol, inmediatamente por debajo del músculo del martillo, á la misma entrada de la trompa, en el codo de la carótida.

PERIÓDICOS

Caso clínico de placenta previa central. — En el *Boletín del Colegio de Médicos de Gerona*, publica D. Bonifacio Garriga la siguiente observación:

«Mujer plurípara, de veintisiete años de edad, y de constitución robusta, cuyos dos anteriores embarazos y consiguientes partos habían sido muy felices. Llegado el octavo mes de su tercera gestación, sin causa apreciable (caída, traumatismo, esfuerzo), se le presenta una ligera hemorragia, algo más copiosa y de mayor duración, también sin dolor, la cual se cohibió con la suspensión de los quehaceres domésticos y el reposo en cama. Cuatro días después sobreviene una tercera hemorragia, en las mismas condiciones que las anteriores, aunque más abundante, la cual, además de tratarse por el reposo absoluto en el lecho y la aplicación de compresas de oxicrato en el bajo vientre, nos indujo á la administración del hidrastis canadensis al objeto de cohibir más pronto la hemorragia y ver si se lograba que la mujer pudiese ir conllevando su estado, sin tener que abandonar las faenas domésticas, ni permanecer en cama en completa inmovilidad.

Cohibida de nuevo la tercera hemorragia, continuó la mujer en estado satisfactorio unas tres semanas, después de las cuales, una hemorragia vino á turbar su relativo bienestar, acompañada esta vez de dolores en la re-

gión sacra, cuya novedad hizo creer que se iniciaba el trabajo del parto, por haber alcanzado la mujer el término natural de su embarazo.

Para confirmar el hecho, procedió al examen, señalando la palpación que el feto se hallaba en presentación de vértice y la auscultación, que gozaba de vida; el tacto vaginal hizo notar el cuello uterino alargado, reblandecido, y entreabierto su orificio interno, que estaba cubierto en su totalidad por la placenta, cuya superficie inferior pudo tocar con el dedo, indicando que la placenta previa diagnosticada desde un principio, pertenecía á la variedad *central*.

El pulso, bastante debilitado, era de 95 pulsaciones por minuto; la temperatura axilar, normal.

Atendiendo al diagnóstico formulado, el pronóstico que siempre es grave para el feto en general y algunas veces para la madre en particular, lo era mucho más en el presente caso, dada la variedad de placenta previa *central* qne estableció, puesto que no sólo peligraba la vida del feto, si que también se hallaba amenazada la de la madre, la cual, habiendo perdido mucha sangre, experimentaba ya los síntomas de la anemia aguda: decoloración de la piel y mucosas, enfriamiento de las extremidades, zumbido de oídos, decaimiento general, pulso filiforme, pupilas dilatadas. Por ello fué que después de advertida la familia del peligro que corría la parturiente, acelerando el trabajo del parto, que debía forzosamente aumentar el flujo, reclamamos la intervención de otro comprofesor, para obrar con mayor seguridad y menor responsabilidad por nuestra parte.

Por no disponer de la necesaria cantidad de gasa yodofórmica para practicar dicha maniobra, echa mano, para no perder tiempo, del proceder antiguo mediante el algodón hidrófilo en pequeños fragmentos sujetos con hilos en forma de cola de cometa, y untados con manteca caliente recién fundida, para asegurar mejor la obturación y asepsia. Colocada la mujer en la posición obstétrica, y previo lavado de los genitales y desinfección de nuestras manos, practica el taponamiento indicado, hasta quedar bien repleto el conducto vaginal.

Ejecutado el taponamiento, que resultó algo molesto y doloroso para la mujer, quedó cohibida la hemorragia y calmado los dolores iniciados, durante algunas horas. A las seis horas de aplicado el tapón, se presentaron los dolores *expulsivos*, indicando que el trabajo del parto se adelantaba rápidamente. Entonces aplica una inyección hipodérmica de ergotina Ivon, para prevenir en lo posible la hemorragia *post partum*, que en estos casos suele sobrevenir, y otra de éter, para evitar ó combatir el síncope que, por otro lado, amenazaba la vida de la parturiente. Retirado en seguida el tapón vaginal, las contracciones uterinas adquirieron mayor energía, saliendo pocos momentos después el feto muerto, que se abrió paso á través de la placenta, quedando ésta casi partida en dos mitades y expulsándose simultáneamente con aquél en toda su integridad.

La matriz se contrajo luego rápidamente, sin presentarse nueva hemorragia, ni sobrevenir durante el puerperio la infección séptica á que de un modo especial se halla expuesta la mujer, por estar la herida placentaria constantemente bañada por los loquios. Gracias á la limpieza y alimentación escogidas, á los veinticinco días la puérpara pudo salir de casa sin otra

molestia que la debilidad consiguiente á las pérdidas sanguíneas determinadas por la ectopia placentaria.

Era la lógica conducta seguida en este caso clínico de hemorragia por inserción viciosa de la placenta, dejando que terminara el parto por los solos esfuerzos naturales, puesto que si lo hubiese forzado, desprendiendo ó atravesando la placenta, para hacer una aplicación de forceps, es muy probable que la mujer que había ya perdido mucha sangre, hubiese sucumbido, y que tampoco se habría podido salvar la vida del feto».

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 12 de Junio de 1906.

Consultorios de niños de pecho.—El Dr. BUDIN: Desde la creación de estos consultorios, en 1892, se ha procurado que cada semana se vean los niños hasta la edad de dos años, con objeto: 1.°, de examinarles, pesarles y aconsejar á sus madres; 2.°, de inclinar á la lactancia materna; y 3.°, cuando las madres no podían criar por insuficiencia, de distribuir en cantidad perfectamente determinada leche esterilizada de buena calidad. En las ciudades de limitada población, si los niños que acuden á los consultorios mueren menos, esto debe repercutir sobre la mortalidad infantil de toda la región, y los buenos resultados obtenidos son entonces indiscutibles. Esto es, en efecto, lo que se observa generalmente. El Dr. Alexandre, alcalde de Arques (Pas-de-Calais) fundó un consultorio á principios de 1903; durante los cinco años precedentes, la mortalidad infantil era de 190 por 1.000, y ahora ha descendido á 112 y á 101; á Saint-Pol-sur-Mer, la mortalidad descendió de 288 á 151 por 1.000; á Varengeville (Seine-Inferieur), de 145 á 77 por 1.000. Lo mismo ha ocurrido en un gran número de poblaciones del Pas-de-Calais y del Yonne, como lo demuestran las cifras publicadas por Viret y Mavoir, inspectores provinciales.

Estos hermosos resultados son debidos á muchas causas, y particularmente al restablecimiento de la lactancia materna, que iba desapareciendo por todas partes. Si se demuestra bien á las madres las ventajas que pueden reportar á sus hijos, ellas mismas los crían; el Dr. Panell (Rouen) ha visto aumentar esta clase de lactancia de 1 á 60 por 100; los doctores Bresset y Carrel (París), de 40 y 61 á 81'4 por 100; Ausset, de 22 á 77 por 100 en Saint-Pol-sur-Mer; Blin (de Elbeuf), de 0 á 37'5 por 100; y Poupault, en Varengeville-sur-Mer, de 0 á 75 por 100. El Estado y ciertos directores de industrias animan á los personas que emplean á seguir el

camino de la lactancia materna. Estas ideas se difunden cada día más, y hoy se ve en París á un cierto número de patronos que autorizan á sus obreras á lactar á sus hijos. Los consultorios de niños de pecho todavía tienen otra ventaja, y es que pueden adaptarse á muchas otras instituciones, por ejemplo, á las casas cunas y á la vigilancia de los niños, en virtud de la ley Roussel. Las mutualidades maternales los han fundado en gran número en el departamento del Sena, y los niños se admiten y se vigilan durante dieciocho meses. Las últimas cifras publicadas por Poissineau demuestran que, en estas nuevas condiciones, el 87 por 100 de las madres han lactado á sus hijos; esta proporción es considerable en los medios obreros, donde se considera en general que las mujeres, por su condición social, se encuentran en la imposibilidad de lactar.

Los consultorios de niños de pecho prestan, pues, reales servicios; actualmente existen en gran número en ciertos departamentos; en el Yonne (106), en el Pas-de-Calais (191), en la Gironde, etc. Por todas partes se fundan algunos, y en particular en el Rhône, en los Alpes-Maritimes, en el Norte, etc. Su difusión invade también el extranjero, como lo demuestran los diversos informes presentados hace tres semanas en el Congreso de la Asistencia pública, celebrado en Milán.

Sufusión sanguínea brusca ó hematoma súbito de la úvula. — El Dr. Fabre: En la úvula se desarrolla algunas veces bruscamente una sufusión sanguínea, una verdadera apoplegía local, que ocasiona una sensación de cosquilleo, de presencia de cuerpo extraño, seguida de una necesidad inconsciente de deglutir y, con más frecuencia, de expulsar del fondo de la boca el cuerpo extraño; entonces se presentan accesos de tos, verdaderas quintas, deseos de vomitar, náuseas, violentos esfuerzos de vómito, y el vómito mismo, con objeto de expulsar aquel falso cuerpo extraño, representado por un pequeño hematoma de forma generalmente globulosa, una verdadera bola, una cereza que se encuentra suspendida del velo del paladar. Este accidente, que he observado cinco veces en treinta y cuatro años, á intervalos más ó menos lejanos, se ha presentado después de quintas de tos ó después de un pequeño traumatismo, por un fragmento de corteza de pan tragado bruscamente ó complicando una angina gripal; en dos casos se ha presentado sin causa aparente.

He observado esta apoplegía de la úvula tres veces en el hombre (á los diecinueve, cuarenta y cinco y cincuenta y ocho años) y dos veces en la mujer (á los treinta y cinco y cuarenta y ocho años). Los fenómenos predominantes que han presentado la mayoría de estos enfermos son, sobre todo, de la esfera nerviosa: ligera inquietud primero y después ansiedad más marcada, angustia, azoramiento.

No trataré de precisar la patogenia ni la etiología, y me limitaré á hacer constar que, en cuanto al tratamiento, ha bastado tres veces puncionar la neoformación vascular para hacerla desaparecer, aconsejando inmediatamente después el uso de gargarismos astringentes con alumbre, tanino ó ratania. En dos casos hubo ulceración del apéndice uvular, seguido rápidamente de curación sin otro fenómeno ulterior; no he observado inflamación de la úvula, *uvulitis* (como dice Morell-Mackenzie), á consecuencia de la apoplegía de este órgano.

En suma: etiología obscura; diagnóstico no menos fácil; síntomas más bien desagradables que peligrosos; pronóstico benigno, y, en fin, tratamiento fácil con los gargarismos astringentes. Esto es á lo que se reduce, desde el punto de vista nosológico, la historia del hematoma de la úvula, historia que he referido brevemente en razón de su rareza, y sobre todo del silencio que guardan los autores especiales acerca de este accidente.

Tiflocolitis mucomembranosa y apendicitis. — El Dr. Le Dentu: El error que señala el Dr. Dieulafoy se habrá cometido indudablemente gran número de veces, pero desde luego no tantas como él supone. Los hechos sobre los cuales se apoya les falta rigor y precisión. Numerosos casos personales me permiten creer en la beneficiosa influencia de la apendicectomía sobre la tiflocolitis, aunque á menudo dicha influencia es nula ó temporal. El examen superficial y macroscópico de un apéndice no basta para afirmar que no ha sufrido lesiones serias algún tiempo antes de la operación, ni que no existan en el momento de verificarla. El diagnóstico diferencial entre la apendicitis y la enterocolitis es con frecuencia muy difícil; cuando la fijeza de los síntomas permite un semidiagnóstico y cuando la salud está muy comprometida, la incisión exploradora es legítima.

El Dr. Reynier: Creo, como el Dr. Dieulafoy, que un dolor agudo en el punto de Mác-Burney no basta, si faltan los demás síntomas, para afirmar la existencia de una apendicitis; pero, en cambio, difiero de su opinión en cuanto á las relaciones que pueda haber entre la apendicitis y la enterocolitis. En muchos casos personales, tres especialmente, una apendicectomía ha hecho desaparecer las crisis de enterocolitis mucomembranosa. Y es que esta enfermedad no es una enfermedad del intestino, sino un reflejo, un espasmo, cuyo punto de origen difiere según los enfermos (útero, ovario, riñón móvil, etc.), y en ciertos casos es claramente de origen apendicular. El examen microscópico justifica casi todas las intervenciones en los casos en que el apéndice no presenta nada de anormal á simple vista.

El Dr. Richelot: El punto peligroso de la doctrina sostenida por el Dr. Dieulafoy está en el antagonismo que trata de establecer entre la apendicitis y la colitis mucomembranosa. En la sesión precedente he citado una observación que prueba lo contrario, y he recibido una de uno de mis antiguos internos, del Dr. Mauricio Hepp, que también lo prueba, y que tiene más valor porque es su propia historia clínica. Leyéndola se asiste á la evolución ordinaria de la apendicitis: infección disentérica en primer lugar, contaminación del apéndice después y progresión lenta de sus lesiones histológicas, y por fin, desarrollo de los fenómenos nerviosos reaccionales, de la neurosis secretoria y motriz, llamada colitis mucomembranosa, sostenida por la presencia del apéndice enfermo y desaparecida con la extirpación de éste. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 6 de Junio de 1906.

Yeyunostomía.—El Dr. *Quénu* dijo que para obtener una boca continente en la yeyunostomía aconseja, en vez de desembocar directamente el cabo inferior del yeyuno en la piel, cerrarle y hacer después, á corta distancia del fondo de saco yeyunal formado así, una incisión lo más pequeña posible, incisión que se fija por cuatro puntos de sutura á uno de los ángulos de la herida cutánea. Esta boca del yeyuno se forma, en resumen, en las mismas condiciones que la gástrica en la gastrostomía, por el procedimiento más sencillo y más rápido. En un caso en que empleó esta técnica obtuvo el Dr. Quénu una boca continente por completo hasta la muerte de su operado, que falleció de caquexia (se trataba de un cáncer del estómago extendido por las dos caras del órgano).

Heridas pulmonares por arma de fuego.—El Dr. *Routier* cree, en contra de los Dres. Delorme y Michaux, que aun en las heridas del pulmón por arma de fuego, que van acompañadas de hemorragia abundante, es preferible casi siempre no intervenir, á causa del estado generalmente grave de estos heridos, para los que una intervención como la toracotomía, con ó sin ventana, corre el riesgo de ser mortal. Un herido que el Dr. Routier ha tenido ocasión de tratar recientemente en estas condiciones, es decir, con herida del pulmón por bala de revólver, complicada de hemotórax abundante, de neumotórax y de enfisema subcutáneo extenso, hubiera indudablemente muerto á causa de la intervención operatoria, porque al ingresar en la clínica se hallaba en un estado casi sincopal. Este individuo sobrevivió; bastó una simple punción aspiradora, que dió salida á más de litro y cuarto de sangre y bastante aire, para que desaparecieran casi por completo todos los trastornos circulatorios y respiratorios. Es verdad que hasta ahora no puede considerarse como curado á este hombre; pero el doctor Routier cree, cuando menos, que le prestó un gran servicio no operándole inmediatamente á pesar de la gravedad de a hemorragia, que exigía, al parecer, la operación inmediata.

Traumatismo del carpo. — El Dr. *Delbet* leyó un informe sobre una observación dirigida á la Sociedad por el Dr. Dujarier, y que se relaciona con la discusión sostenida acerca de los traumatismos del carpo. En esta discusión sostuvo el Dr. Delbet que en dichos traumatismos el primer grado de la lesión no está constituído, como se dice, por la luxación del semilunar hacia adelante, sino más bien por la del hueso grande hacia atrás. El semilunar es, por el contrario, el hueso del carpo que conserva sus conexiones normales con el radio, mientras que el hueso grande arrastra consigo, al luxarse hacia atrás y arriba, al escafoides y al piramidal. Es lo que ocurrió en el caso del Dr. Dujarier, lo cual apoya la descripción que ha hecho el Dr. Delbet de estas lesiones. Este caso es interesante también desde el punto de vista terapéutico. El enfermo del Dr. Dujarier fué tratado en vano, durante más de un mes, por el amasamiento, mientras que con la resección del semilunar se obtuvo un éxito completo. Este individuo

recobró con gran rapidez la integridad casi completa de los movimientos de la muñeca y el uso de la mano, que había quedado hasta entonces inmovilizada, como clavada sobre el antebrazo.

Ileosigmoidectomía con exclusión del intestino grueso. — El Dr. *Bazy*, proponiéndose suprimir en uno de sus enfermos un ano cecal establecido de urgencia en plena oclusión intestinal, consecutiva á un cáncer del colon transverso, practicó la ileosigmoidectomía con exclusión del cabo terminal del intestino delgado y de todo el intestino grueso. La operación la practicó según el procedimiento de Souligoux. Este procedimiento, del que su autor se ha ocupado recientemente y que sólo se había practicado en los perros, consiste en su esencia en excluir el intestino grueso y en ligar sólo este último, en vez de seccionarle, á pocos centímetros de la boca ileorectal.

En el caso del Dr. Bazy la aplicación de este procedimiento fué seguida de un fracaso casi completo, en el sentido de que, aunque el éxito operatorio fué feliz, la continuidad del intestino delgado se restableció al poco tiempo y los excrementos salían lo mismo por el ano cecal que por el cecal.

Tumor del cuello.—El Dr. *Walther* presentó una enferma que tenía en la región del cuello un tumor cuya aparición data de diez años. El tumor es del volumen de una naranja y de consistencia blanda por igual. Cree que hay una sensación falsa de fluctuación y que se trata de un tumor en su mayor parte sólido, lipoma congénito ó linfangioma con mezcla de lipoma, pero no de un tumor con gran cavidad quística.

Los Dres. *Kirmisson* y *Demoulin* dijeron que se trataba de un linfangioma y que estaba indicada la extirpación.

El Dr. *Broca* manifestó que, á su juicio, el tumor era un quiste dermoide de pared gruesa y de contenido lactescente, y que era preciso extirparle.

El Dr. *Le Dentu* indicó que no admitía el diagnóstico de linfangioma, sino más bien el de tumor congénito complejo, que convenía extirpar.

(*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 16 de Mayo de 1906.

¿Es el histerismo una neuropatía funcional? — El Dr. *P. Kronthal* impugna la opinión corriente de que el histerismo es una neurosis funcional, ó sea una enfermedad nerviosa sin causa anatomopatológica demostrable. Se ha aducido en apoyo de esta opinión el hecho de que en el histerismo se trata de reacciones anormales de las células; sin embargo, ni esta circunstancia ni el modo especial de conducirse en la esfera psíquica se pueden utilizar á favor de las ideas hoy en boga. En efecto, el dato de la reacción anormal más bien debe interpretarse á favor de una enfermedad de las mismas células, que no como una afección del sistema nervioso, y como la psiquis debe considerarse (en concepto del autor) no sencilla-

mente como una función del cerebro, sino como suma de los reflejos, tampoco hay motivo bastante para explicar el trastorno psíquico como consecuencia de una enfermedad cerebral. El cerebro parece estar enfermo en los histéricos, porque las células de éstos reaccionan de un modo anormal, no á la inversa, como afirman los que sostienen la opinión contraria.

Lo que caracteriza al histerismo es que no está ligado al trayecto del sistema nervioso. Otro motivo más para creer que no se trata de una neuropátía funcional. También es típico el cambio continuo en los síntomas.

En resumen: el histerismo es una reacción morbosa y fácilmente mudable de las células.

Consecuencia de esta manera de concebir la enfermedad es que debemos atender en ella á la vigorización de las células, procediendo en la forma que se viene haciendo desde hace mucho tiempo. Nos encontramos ahora con el hecho sorprendente de que el tratamiento tradicional del histerismo y que ha consagrado la observación es el acertado, á pesar de no serlo la teoría reinante acerca de la patogenia de la enfermedad.

El Dr. *M. Rothmann* está conforme con el preopinante en que en el histerismo no se ha podido encontrar ninguna lesión del sistema nervioso, pero es lo cierto que tampoco se ha encontrado la afección celular de que habla el Dr. Kronthal.

Tratamiento de la tuberculosis de las mucosas. — El Dr. *E. Holländer* da cuenta del resultado que ha obtenido en diez años con el tratamiento de la tuberculosis de las mucosas. A medida que se ha ido vulgarizando y adoptando su método de cauterización con aire muy caliente, ha ido acudiendo un número cada vez mayor de tuberculosos, sobre todo de tuberculosos de las vías respiratorias superiores. En contraposición á la tuberculosis secundaria consecutiva á tisis primitiva del pulmón, ha creado el cuadro clínico de la tuberculosis ascendente primitiva, en el que las puertas de entrada son la boca ó la nariz, propagándose entonces la tuberculosis por la vía linfática y de un modo palatino á lo largo del paladar, de la faringe y de la laringe, hasta llegar á los pulmones. Este cuadro va acompañado algunas veces de lupus de la piel. Las formas anatomopatológicas de ambas categorías pueden ser idénticas, de tal suerte que, dada la igualdad de la etiología, hay que hacer desaparecer en este caso la diferencia entre el lupus y la tuberculosis de las mucosas. El autor llama además la atención acerca del pronóstico, generalmente favorable, que presenta la forma ascendente de la tuberculosis, aun después de bien manifiesta.

De todos los remedios que ha empleado, los que le han prestado mejores servicios son el empleo del calor, sin tocar para nada las superficies afectadas.

También en otras partes del cuerpo ha curado el autor un gran número de tuberculosis de las mucosas, mediante la cauterización con aire muy caliente: laringe, ojo, recto, articulaciones, etc.

Mas como quiera que no siempre es posible ni tampoco necesario un procedimiento quirúrgico, ha ensayado el autor otros medios químicos, habiendo conseguido muy buenos resultados con el siguiente método: Durante uno ó dos días se hace tomar al interior una disolución de yoduro sódico al 5 por 100, y después se aplica calomel al foco morboso. El efecto curati-

vo se obtiene en los procesos ulcerosos por una acción cáustica electiva y por la impregnación quimiotáxica con el yodo. Donde se han logrado éxitos más notables con este medio ha sido en los casos de tuberculosis vesical.

Herida por arma de fuego del cerebro y de la médula espinal; curación. — El Dr. *F. Krause* da cuenta de un caso de heridas múltiples por arma de fuego, presentando además figuras relativas al mismo por medio del aparato de proyecciones. Una bala había penetrado por detrás del oído; otra, por el cuello. La primera había dado origen á un absceso cerebral; la segunda á una lesión unilateral de la médula espinal (parálisis de Brown-Séquard), supuración de las vértebras cervicales con necrosis de las mismas y compresión de la porción cervical de la médula. Extracción de secuestros; después de esto vuelven la fiebre y los síntomas de compresión, producidos, en concepto del autor, por una meningitis serosa espinal. Curación.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

SOCIEDAD ALEMANA DE CIRUGÍA

Reunión XXXV celebrada en Berlín del 4 al 7 de Abril de 1906.

(Continuación).

Estrechez y muerte de origen tímico.—El Dr. REHN, de Francfort sobre el Mein: Los casos de estrechez y muerte de origen tímico son muy raros; he observado cinco y operado dos. Han muerto tres, de los cuales dos acaso se hubiesen salvado mediante la operación. Respecto á la patogenia, ha sido Kopp el primero que en 1829 atribuyó los accesos de laringismo estridulosо á un aumento de volumen del timo y á la compresión ejercida por éste sobre la tráquea. Esta opinión, que Kopp manifestó como resultado de algunas observaciones anatómicas, fué impugnada por otros autores, entre ellos por Fridleben en 1858, quien, después de haber examinado el timo en un gran número de cadáveres de individuos sanos, sacó en conclusión que dicha glándula no podía ocasionar tales accesos asmáticos por compresión. Ahora bien, ambos autores han exagerado el alcance de sus respectivas observaciones, pues por una parte, es indudable que hay casos de estrechez producida por el timo hipertrofiado; lo único que es dudoso es la frecuencia de esta causa. El timo crece hasta fines del segundo año y más tarde aún, aumentando de longitud á costa de su espesor. Hacia la época de la pubertad suele atrofiarse por completo ó quedar reducido á un residuo insignificante. Sin embargo, en casos excepcionales persiste aun en la edad adulta, y en los de bocio se encuentra á veces un timo grande.

El timo está envuelto en una cápsula, situada detrás del mango del esternón, sobre los grandes vasos de la abertura superior del tórax, y, aplicado á la tráquea, desciende hasta el pericardio. En la literatura he encontrado 28 autopsias en las que se descubrieron en la tráquea impresiones producidas por la compresión del timo; en estos últimos tiempos se han publicado más casos de esta naturaleza. También puede ser compri-

mido por el timo el mismo esófago. En la mayoría de los casos la glándula hipertrofiada dificulta la inspiración. El timo asciende y desciende con los movimientos respiratorios; en la inspiración desciende y obra como una oclusión valvular; en cambio, en la expiración asciende y deja libre el paso del aire. Hay casos en los que el timo está muy adherido á la tráquea; cuando tal sucede, también está dificultada la expiración. Una tercera forma de asma tímico es su aparición aguda con intervalos; á veces ya sobreviene la terminación mortal en el primer acceso. Se trata de un angostamiento que sobreviene de un modo agudo en el mediastino. El timo estrecha la tráquea, y esta estrechez se acentúa mucho más cuando se dobla la cabeza hacia atrás. Aun tratándose de hombres robustos, pueden sobrevenir tales accesos; en estos casos se trata seguramente de una tumefacción aguda de la glándula, tumefacción que se explica por la disposición de los vasos. También se han encontrado quistes en el timo, y después de enfermedades infecciosas agudas se han observado tumefacciones agudas. En una muchacha joven que había sido operada por padecer mal de Basedow, sobrevino la muerte súbitamente á causa de un timo de tamaño extraordinario que no se había diagnosticado antes de la operación. Se ha hablado de la aparición con carácter familiar del estridor inspiratorio y de la muerte de origen tímico. También están expuestos á este peligro la segunda infancia y la edad adulta. Yo he visto algunos niños que ya desde su nacimiento presentaban hundimiento de la horquilla esternal en el momento de la inspiración; cuando se excitaban y hacían una inspiración enérgica, se presentaban cianosis y disnea, y en cambio, tan pronto como se tranquilizaba el niño, desaparecían todos los fenómenos alarmantes. No había ningún motivo para pensar en un espasmo de la glotis, y en cambio, mostraba el reconocimiento que en el momento de la expiración aparecía un tumorcito, el timo. El examen radiográfico ilustra todas estas particularidades. Todos los casos de estridor inspiratorio hay que atribuirlos á una hipertrofia del timo, que seguramente no está exenta de peligros, puesto que en estas circunstancias una simple bronquitis puede acarrear la muerte. En estos casos está absolutamente indicada la extirpación del timo, enucleando esta glándula de su cápsula. No es necesario quitar toda la glándula, porque esta operación sería muy difícil; basta con extirpar la mayor parte.

El Dr. Fr. König, de Altona: He practicado la extirpación del timo dos veces. Se trataba de niños de pocos meses que venían padeciendo desde su nacimiento de perturbaciones respiratorias y de accesos de estridor inspiratorio y expiratorio. Percibí en la horquilla esternal la prominencia producida por el timo; además, el tórax estaba un poco combado en la parte superior. Después de la operación desaparecieron los accesos. No me atrevo á resolver si las perturbaciones respiratorias serían debidas á un aplastamiento mecánico de la tráquea ó á la presión ejercida sobre vasos y nervios. En el segundo caso sólo fué resecado el lóbulo izquierdo del timo, pero persistieron las molestias y también fué infructuosa la traqueotomía. Entonces se extirpó, en una segunda operación, todo el resto del lóbulo izquierdo, habiendo sido necesario quitar también un trozo del mango del esternón para desplegar la glándula. Con esto desaparecieron por completo

los accesos, pero el niño quedó con la voz singular que ya tenía. En la operación ejecutada el año 1897 se trataba de un niño de tres meses; en este caso se encontró el timo formando prominencia y adherente al esternocleidomastoideo. Posteriormente se desarrolló en este niño un intenso raquitismo, tanto que hasta los cuatro años y medio no comenzó á andar. Como quiera que la función del timo continúa siendo todavía bastante enigmática y es muy posible que se relacione con la formación de tejido óseo, creo que no conviene extirpar dicha glándula y que bastará seguramente con atraerla hacia arriba y fijarla, por medio de sutura, en esta nueva situación.

El Dr. *Krumm*, de Carlsruhe, refiere el caso de un niño de tres años que, después de haber pasado el sarampión ó la escarlatina, padeció de disnea respiratoria. Con la traqueotomía no se logró ninguna ventaja y el niño sucumbió en un acceso de disnea. En la autopsia se encontró un tumor quístico del timo, que contenía próximamente una cucharada de un líquido viscoso.

Una nueva fresa para trepanación.—El Dr. *Borchardt*, de Berlín, presenta una fresa, por medio de la cual se consigue abrir el cráneo sin que pueda sobrevenir una lesión de la dura madre.

Balazo de la médula; operación; curación. — El Dr. *Braun*, de Berlín, refiere un caso de balazo recibido en la médula espinal. Se procedió á la extracción de la bala, con lo cual desaparecieron los síntomas de déficit que se habían presentado á consecuencia de la lesión.

Cirugía de la úlcera del estómago. — El Dr. *Krönlein*, de Zurich, empieza manifestando que el tratamiento médico no consigue en un buen número de casos curar la úlcera del estómago, y que en los éxitos inmediatos que proporciona hay muchísimos casos en los que quedan obscurecidos más tarde por la reaparición de los síntomas patológicos ó por graves estados consecutivos de la úlcera gástrica. Estos fracasos se pueden calcular, examinando muy detenidamente los resultados tardíos, en un cuarto próximamente de los casos tratados, y van seguidos de una mortalidad de un 10 á un 13 por 100. Está además bien comprobado que muchos de los enfermos que no habían podido ser curados con un tratamiento interno, lo habían podido ser después, ó por lo menos habían mejorado considerablemente, con un tratamiento quirúrgico.

Respecto á cuando está indicado este último, se puede contestar como ya lo hacía Mikulicz en 1897: El tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago merece pensarse en él, cuando un tratamiento médico continuado, y si es preciso repetido, no da ningún resultado ó sólo proporciona un resultado transitorio, y cuando á causa de esto el enfermo sufre grave quebranto en su capacidad para el trabajo ó en el disfrute de la vida, por consecuencia de graves perturbaciones, de los dolores, de los vómitos y de la dispepsia. Hay casos en que hay que tener en cuenta, además, las circunstancias especiales del enfermo. En términos muy diferentes se expresó Leube en el Congreso de 1897, en su reseña de 400 casos sometidos á tratamiento médico. Entonces se limitaba á los resultados inmediatos obtenidos, de cuatro á seis semanas después de terminada la cura. Pero estos resultados no son base suficiente para una estadística; hace falta para ello

resultados á más largo plazo. Según Leube, se curan definitivamente tres cuartos de los casos y se consiguió una mejoría notable casi en un cuarto; sólo 4 por 100 quedan sin curarse y la mortalidad es de 2'4 por 100. Con estos datos habría que considerar la úlcera del estómago como una afección de poca monta. Mas es lo cierto que los resultados definitivos son muy diferentes; antes no se conocían; sólo en estos últimos tiempos se han coleccionado. Así Warren, de Boston, refiere que de 125 casos en los que (de 187 en total) se pudieron conocer los resultados definitivos, se averiguó que las curaciones duraderas fueron el 34'4 por 100, y las recidivas el 43'2 por 100, es decir, que los éxitos duraderos y transitorios representaron el 77'6 por 100 y los fracasos el 22'4 por 100. Y Schulz, de Breslavia, refiere que entre 291 casos hubo 157 éxitos de carácter permanente, y que después de un resultado inmediato obtenido después de la cura, hubo 89 por 100 de curaciones y 4 por 100 de fracasos. Resultados duraderos después de seis meses por lo menos : resultado satisfactorio 77 por 100 (de ellos 53 por 100 completamente curados), fracasó un 15'2 por 100 y muertes por complicación 7'6 por 100, ó sea en conjunto 23 poí 100.

Las muertes sobrevenidas como consecuencia inmediata del tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago han disminuído muchísimo en estos últimos años, y en la actualidad se puede calcular que, según el método que se elija y la limitación de la indicación, habrán de ser de un 8 á un 10 por 100 próximamente. Los resultados tardíos en los que se curan de la operación son sumamente lisonjeros; la curación completa en 61 por 100; una mejoría notable en 24 por 100, ó sea en totalidad un 81 por 100, ventaja positiva si se compara con la alcanzada en años anteriores. Las muertes tardías son muy escasas y debidas en su mayor parte á la aparición, siempre muy poco frecuente, de un carcinoma en la úlcera (3 por 100). Y no hay que olvidar además que, en más de la mitad de los casos, la enfermedad tenía muchos años de fecha y que únicamente se operaron aquellos que habían fracasado con el tratamiento interno, á pesar de que algunos de éstos habían sido tratados por especialistas ó en hospitales. El autor ha operado 112 casos en los años 1887 á 1906, de ellos 84 con resultado completo después de la operación. Para determinar con exactitud los resultados definitivos, no ha incluído más que 72 casos, ó sea aquellos que han sido operados hasta el año 1904. De ellos 67 han sido vueltos á reconocer ahora, habiéndose comprobado que han quedado libres por completo de toda molestia 41 (61 por 100), con ligeras molestias 16 (24 por 100), y sin curar 8 (12 por 100); dos fallecieron de complicaciones. En los casos del autor, el diagnóstico siempre se había hecho con toda exactitud, quedando dudoso tan sólo el punto de si la úlcera existía sola ó complicada con alguna de sus consecuencias, y especialmente la estrechez del píloro. En cerca de la mitad de los casos, se trataba de una úlcera solitaria; en la otra mitad, de una úlcera múltiple.

La curación de la úlcera gástrica, mediante la operación, se refiere por una parte á la cicatrización de la úlcera abierta, y por otra al restablecimiento de las funciones normales del estómago, tanto motoras como secretorias. De las investigaciones del Dr. Kreuzer (Clínica quirúrgica de Zurich), se deduce en el último concepto lo siguiente: *a*) Si antes de la opera-

ción existía gastrectasia, ésta se reduce casi siempre hasta recobrar el órgano su volumen normal ó poco más, verificándose esta reducción con tanta mayor lentitud cuanto mayor hubiese sido la dilatación estomacal; si persiste una dilatación bien manifiesta, entonces el resultado operatorio deja bastante que desear. *b)* La función secretoria alterada antes de la operación, presenta sus caracteres normales, al cabo de algún tiempo, en la mayoría de los casos operados. *c)* La acidez exagerada desciende en todos los casos, á menudo hasta la cifra normal; en no pocos casos por debajo de la misma, pero para volver á ella al cabo de cierto tiempo. *d)* Si la acidez estaba disminuída antes de la operación, después de ésta se hace normal ó aumenta un poco; es más raro que se mantenga igual ó que disminuya todavía más. *e)* En la inmensa mayoría de los casos también se encuentra ácido clorhídrico libre después de la operación, generalmente en menor cantidad que antes de ella; en un pequeño número de casos falta en la primera época que sigue á la operación, para reaparecer algún tiempo después. *f)* En los casos en que no había nada de ácido clorhídrico libre antes de la operación, se encuentra casi siempre después de ésta, siendo muy raro que siga faltando. La acidez subnormal y la falta de ácido clorhídrico libre, no es de rigor que ocasionen molestias subjetivas, y tampoco se las puede calificar como inconvenientes ó perjuicios ocasionados por la operación, puesto que dicha falta no es otra cosa que consecuencia de la mayor facilidad, y también mayor velocidad, con que pasa el contenido gástrico al intestino por virtud de la intervención quirúrgica. *g)* El reflujo de bilis al estómago, que se observa en muchos casos, no produce ninguna molestia ostensible y parece que cesa al cabo de mucho tiempo. *h)* El reflujo de jugo pancreático al estómago se comprueba con relativa rareza.

Respecto á la elección de método operatorio, hay que preocuparse en el caso actual, no tan sólo de eliminar la úlcera por medio del bisturí, sino más bien de crear condiciones favorables para que cicatrice rápidamente la úlcera y se restablezca la función normal del estómago. Dichas condiciones se satisfacen de tal modo que se impide la estancación y á menudo también la descomposición del contenido estomacal. Sin embargo, la operación que satisface de un modo más cumplido esta indicación, y que además de esto la realiza con el menor peligro es la gastroenterostomía, sobre todo la posterior retrocólica hecha según el método de v. Hacker. Esta operación es, por lo tanto, la que se debe considerar como el procedimiento normal en el tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago. Los éxitos conseguidos con esta operación son tanto más brillantes cuanto más se complique el cuadro patológico de la úlcera del estómago con las alteraciones antes mencionadas de las funciones gástricas (retención y descomposición del contenido estomacal, insuficiencia motora, gastroectasia), y, por lo tanto, muy principalmente en los casos de estrechez muy graduada del píloro y de extensas adherencias callosas del estómago con los órganos inmediatos, verbigracia, el hígado, el páncreas, etc. Pero también ha resultado eficaz la gastroenterostomía en muchos casos en que existían otras complicaciones, tales como en los casos de hemorragia, y especialmente en los de la llamada úlcera callosa del estómago. La excisión de la úlcera gástrica sólo muy excepcionalmente habrá de practicarse, bastando para hacernos desistir de

tal propósito la circunstancia de que la úlcera gástrica sea múltiple en muchos casos, la de que su diagnóstico típico sea del todo imposible, muy á menudo aun después de puesto el estómago al descubierto, y, por último, la de que la operación de la excisión puede tropezar con dificultades insuperables. Además de esto, con la operación se satisface mucho peor la indicación causal que con la gastroenterostomía, tanto que para pretender el valor de un método racional siempre debe ir acompañada de esta última. La piloroplastia y la gastrolisis ya no tienen ningún motivo que justifique su existencia. La resección del píloro en los casos de estrechez pilórica y de úlcera del píloro sólo puede estar justificada cuando la induración, el tumor calloso, nos hagan sospechar la existencia de un cáncer. De lo contrario, también en estos casos hay que pensar en la gastroenterostomía.

Toda estrechez pilórica bien comprobada, sea cualquiera su grado, debe ser tratada quirúrgicamente. En los casos de insuficiencia funcional ó motora de grado considerable (gastrectasia atónica, gastrectasia y gastroptosis) puede estar justificada una intervención quirúrgica (gastroenterostomía) cuando se vea que el tratamiento interno no ha dado grandes resultados y, por otra parte, la condición social del paciente exija urgentemente una mejoría de su estado. La aparición de hemorragias pequeñas, pero que recidivan muy á menudo, en el curso de la úlcera gástrica, refuerza la indicación general y exige la gastroenterostomía, y sólo esta operación. En los casos de hemorragias peligrosas para la vida y fulminantes, el riesgo de aguardar y de aplazar la operación hasta el momento en que el paciente se ha repuesto un poco de la pérdida sanguínea, parece ser menor que el de la intervención quirúrgica inmediata. Pero, caso de intervenir, también hay que hacerlo, en la mayor parte de los casos, con la gastroenterostomía, siendo preferible ésta á la tentativa de una hemostasia directa. La operación precoz de la úlcera gástrica simple, que tanto han preconizado últimamente algunos cirujanos, carece de fundamento sólido.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

(*Continuará*).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 11 de Mayo de 1906.

Esclerodermia. — El Dr. *Gustavo Singer* presenta una enferma en la que ya hará unos doce años se hizo notar una tumefacción del cuello, acompañada de un aumento de volumen de los ojos. La afección, que ha motivado ahora la intervención médica, se ha desarrollado hará cosa de dieciocho meses, en cuya época empezó á aumentar de tal modo el volumen del cuello que se hizo difícil la respiración y al mismo tiempo ruidosa. Dicho aumento de volumen proviene de una tumefacción de la glándula tiroides, y sobre todo de una hipertrofia del lóbulo derecho. El laringoscopio puso de manifiesto una estrechez traqueal. Existe, además, un ligero exoftalmos. Hay indicación del síntoma de Stellwag é insuficiencia en la conver-

gencia; temblor, de ondulaciones pequeñas, de las manos, glicosuria alimenticia y aceleración del pulso. Es indudable que en este caso existen los síntomas del mal de Basedow. Pero lo que llama la atención en esta enferma es una alteración muy notable que se ha presentado en las mamas y en la piel de la pared anterior del tórax, al mismo tiempo que se acentuó el bocio y que se inició la menopausia. Según refiere la paciente, la hinchazón fué más blanda al principio, pero se fué transformando poco á poco en una infiltración esclerosante de dureza lapídea, de color moreno, y qué ha invadido el tejido celular subcutáneo. Afecta de preferencia á la mama izquierda, y en menor grado á la derecha; invade toda la piel de la pared anterior del pecho; alcanza por el límite superior hasta la línea que une las dos articulaciones escápulohumerales, marcando dicho límite varias placas duras, lívidas y dispuestas por grupos. Hace unos seis meses se desarrolló una hinchazón semidura en la extremidad superior izquierda.

El autor cree que se trata de una alteración esclerodérmica, muy poco común, de la piel del pecho.

En la discusión manifestaron varios clínicos que vienen observando la enferma desde hace algunos años, que la afección debe interpretarse como un caso de cáncer primitivo de la mama, con metastasis en la congénere, en la glándula tiroides, en los ganglios linfáticos axilares y en las vías linfáticas de la piel; todo lo demás es edema por estancación.

Resección y protesis del maxilar inferior. — El Dr. *Hans Pichler* presenta dos enfermos en los que, después de practicada una resección en la continuidad del maxilar inferior, se empleó un tratamiento protético.

En el primer caso se trataba de un hombre de sesenta y cuatro años, que padecía un epitelioma del suelo de la boca, de crecimiento muy rápido y seguido de invasión de la mitad izquierda del maxilar inferior. El 16 de enero último, previa socavación de los ganglios linfáticos submaxilares, se extirpó el tumor, haciendo pasar la sierra, en el lado derecho por el alveolo del canino y en el izquierdo por el del segundo molar. Terminada la hemostasia, se procedió á la protesis inmediata por el método de Fritzsche. Una pieza de estaño, que se había fundido según el modelo de un maxilar de cadáver, de forma y tamaño adecuados y de la extensión del trozo de maxilar que se iba á resecar, carece de apófisis alveolar y lleva en ambos extremos férulas de hoja de lata taladradas, las cuales, después de cuidar mucho de la articulación de los dientes que han quedado con los del maxilar superior, se cosen firmemente con alambre á los muñones óseos. Dichas férulas no están unidas de un modo inseparable con el cuerpo de estaño, sino sólo por medio de una ranura y vástagos enclavados de tal manera, que si fuera necesaria una inspección minuciosa de la herida es posible quitar temporalmente la protesis de estaño. Pero en estos casos el curso que siguió la curación no dió motivo para ello. Esta particularidad de estar constituída la protesis inmediata de tres partes, tiene también la ventaja de que en el caso de una resección más extensa de lo que se pensaba de antemano, durante la misma operación se pueden cambiar rápidamente las férulas por otras más largas.

A las cuatro semanas de la operación se quitó la protesis inmediata y se colocó la pieza de repuesto. Consta ésta de un duplicado de la pieza de es-

taño con el que está unida la pieza que sustituye á la apófisis alveolar y á los dientes, y lleva en ambos extremos prolongaciones en forma de ala, hechas con goma dura y que cubren las uniones del maxilar. La protesis definitiva consta, según esto, del duplicado metálico de la protesis inmediata y de una placa de goma dura que cubre el maxilar sano y que sustituye á la apófisis alveolar perdida con sus dientes. Los cinco dientes anteriores que han quedado son rodeados por dos abrazaderas de oro. Estas dos mitades de la protesis están unidas entre sí por medio de una capa de caucho blando, con lo cual se evita que en los movimientos de la mandíbula sufran los dientes sacudidas y tracciones excesivas. El volumen y el peso de esta protesis molestaban al paciente tanto y hacían tan difíciles los actos de quitarla y ponerla, que el autor encargó otra de goma dura, que es la que lleva ahora el sujeto sin ninguna dificultad. Esta protesis consta de dos mitades, derecha é izquierda, que se introducen fácilmente cada una de por sí y pueden unirse después, ya dentro de la boca, por medio de un ganchito. Esta protesis ha impedido la derivación y también han conservado su forma normal el mentón y el carrillo. La desfiguración se limita á las cicatrices cutáneas y á una ligera parálisis facial. También se conservan de un modo muy satisfactorio en los dos casos la palabra, la masticación y la deglución.

El segundo caso se refiere á una criada de veintiocho años á la que le desarticuló Eiselsberg, el 14 de febrero último, la mitad izquierda del maxilar inferior hasta el canino izquierdo, á causa de un sarcoma de células gigantes, exulcerado, que había invadido dicha mitad y que iba acompañado de metastasis ganglionares bilaterales y submaxilares. En este caso la protesis inmediata sólo en un lado pudo unirse al muñón por medio de sutura. El otro extremo, ó sea la apófisis condilóidea artificial se colocó en la cavidad articular.

Extirpación de una gran parte del intestino. — El Dr. *Hans Lorenz* presenta á un hombre de cincuenta y cinco años, que padecía de un neoplasma y al que por esta causa le extirpó el 28 de marzo último la mitad del intestino delgado y una buena porción del grueso.

Se trataba de un cáncer primitivo del ciego que había ocasionado la formación de un tumor ganglionar metastático, voluminoso, pero perfectamente circunscrito. Este tumor se había fundido con el primitivo hasta formar un todo único; además había invadido el borde libre del omento mayor y la pared anterior del vientre. De las asas intestinales correspondientes al tumor intestinal metastático, dos muy distantes habían sido atraídas por el tumor primitivo y se habían adherido á él de un modo muy íntimo; pero todavía quedaban, á partir del pliegue duodenoyeyunal, unos 280 á 290 centímetros de intestino delgado. Fué necesario resecar el intestino ciego que albergaba el carcinoma, el colon ascendente y la flexura hepática, y además un ovillo de intestino delgado, que ya en estado flácido medía 292 centímetros. Las porciones restantes de intestino delgado y grueso se unieron extremo con parte lateral. Después de algunas complicaciones, se repuso el paciente y recobró el apetito tan rápidamente, que pudo dejar la cama el día 14 y volver á su país natal pocos días después. Además de éste resistió á una erisipela, que le sobrevino con fiebre alta y

calofríos á las cuatro semanas de la operación. El paciente se ve que tolera bien la pérdida de una tan gran porción de intestino, como la que se le ha extirpado. La consistencia de las heces fecales es de papilla blanda ó espesa, y últimamente parece haber hecho ya deposiciones duras. Además el paciente ha aumentado de peso.

(*Wiener klinische Rundschau*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Localización final del mercurio en el organismo. — Dedúcese de los experimentos de los Dres. Conti y Zuccola, que el mercurio, sea que se administre por la boca ó en inyección hipodérmica, es conducido por los glóbulos blancos de la sangre y depositado principalmente en el hígado, los riñones y los intestinos, por cuyo medio se asegura la eliminación y aislamiento de los órganos más importantes. En otros órganos—glándulas salivales, páncreas, testículos, etc.—, el mercurio sólo se deposita constantemente cuando las vísceras referidas están saturadas. El mercurio que se encuentra en la saliva bucal y no en la vertida por el conducto de Stenon, procede de los pulmones, desde donde es conducido por los leucocitos. Se localiza en el núcleo de la célula más que en el cuerpo, lo que corrobora al parecer la hipótesis de los que sostienen que el mercurio se encuentra en el organismo en forma de nucleinato. Las vías principales de eliminación son los intestinos, los pulmones y los riñones; la eliminación por la saliva es de importancia secundaria.—(*Riforma Medica*, 17 marzo 1906).—F. TOLEDO.

Valor terapéutico de las emanaciones del radio.—Como es imposible emplear en el interior de los tumores las emanaciones que desprende el radio, el Dr. A. Braunstein utiliza en este caso inyecciones de un agua radio-activa obtenida por destilación de una disolución de radio. En los cánceres de la laringe, del esófago ó del estómago en que no se pueden practicar tales inyecciones, se emplea bismuto, que se ha hecho previamente radio-activo, dejándole durante tres á cinco días en un frasco cerrado y lleno de disolución de radio. Empleando uno de ambos procedimientos, el de la inyección ó el de la ingestión por la boca, observó el autor en ocho casos de cáncer una reducción en el tamaño de los tumores. En un caso, con inyecciones repetidas de agua radio activa se consiguió que un tumor maligno, duro y del tamaño de un huevo de paloma, se reblandeciera é hiciera fluctuante, extrayéndose de su contenido un líquido que al principio era sanguinolento, después amarillo claro y siempre estéril, quedando á todo esto intacta la piel.

Según el autor, las emanaciones del radio tienen sobre las radiaciones de este metal las ventajas siguientes : 1.ª Mientras con las radiaciones no podemos obrar profundamente en la masa del tumor, es posible conseguir esto inyectando en la trama del neoplasma agua con emanaciones de radio. 2.ª Estas emanaciones, empleadas en la forma que lo hace el autor,

no perjudican á los tejidos normales y no determinan la ulceración de la piel suprayacente, como ocurre no raras veces con las radiaciones. 3.ª La aplicación de las emanaciones es fácil en tumores que no se prestan de ningún modo al empleo de las radiaciones.

Por último, las emanaciones poseen las tres propiedades siguientes: 1.ª, destructora de los tejidos; 2.ª, bactericida, y 3.ª, activadora de las fermentaciones. — (*Therapie der Gegenwart*). — R. DEL VALLE.

Tratamiento de la neumonía.—En los casos de neumonía franca, el medicamento ideal, según el Dr. Scheffer, es el alcanfor, que emplea de preferencia en poción, reservando las inyecciones hipodérmicas para los casos en que hay debilidad cardíaca. Aconseja tomar al día 6 á 16 cucharadas de la poción siguiente:

Alcanfor	1	gramo.
Tintura de quilaya	aa 5	—
Glicerina		
Jarabe de tolú	100	—
— de azahar	50	—
Agua destilada, c. s. para formar	310	—

La medicación produce efectos notables y antes de los siete días suele obtenerse la defervescencia, que jamás va acompañada de poliuria, sudores, epistaxis, etc. De 18 enfermos en quienes se empleó este tratamiento, sólo murieron 2, un bríghtico y un sujeto de ochenta y dos años.

(*La Medicine Moderne*, 21 marzo 1906).—F. TOLEDO.

Significación clínica de la fórmula bacilar tuberculosa. — De las observaciones recogidas por el Dr. Mircoli, deduce las conclusiones siguientes:

1.ª Los casos en que se encuentran en los esputos recientes bacilos tuberculosos que asemejan estreptococos, siguen una marcha favorable, sobre todo cuando los bacilos son muy delgados y largos. En estos casos hay inmunización del terreno nutritivo orgánico y la terminación es por esclerosis.

2.ª Cuando los bacilos son cortos y gruesos, la marcha es desfavorable.

3.ª El hecho de encontrar un gran número de bacilos tuberculosos parecidos á estreptococos en el campo del microscopio tiene una significación menos desfavorable que el de encontrar pocos bacilos, pero cortos y gruesos.

4.ª De las alternativas y cambios de estas formas fundamentales, ó por el contrario, de la persistencia de una de ellas en el campo del microscopio, se pueden sacar datos pronósticos, tanto para juzgar de la eficacia de un tratamiento, sobre todo específico, como respecto á la suerte ulterior del enfermo. — (*Gazz. degli. ospedali*). — R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PRINCIPALES INDICACIONES DE LA CURA TERMAL EN ROYAT

POR EL

DOCTOR D. FEDERICO LÓPEZ

(de Royat).

Nos hemos propuesto exponer con la mayor brevedad y claridad posibles las propiedades de las aguas de Royat, y en un primer artículo han de ser grandes sus deficiencias, por lo que pedimos indulgencia al lector.

En cualquier Guía de Royat se pueden encontrar todos los detalles que interesen respecto á su situación geográfica y condiciones climatéricas; bástenos decir que Royat forma parte del grupo de estaciones termales de Auvernia, de las que las principales son el Mont-Dore, la Bourboule, Chatel Guyon, Royat, Vichy, etc.

Situado en un valle al pié de los Montes-Dôme, á 450 metros de altitud, la temperatura media de Royat es de 11°, su suelo volcánico absorbe con gran rapidez el agua de las lluvias, y una verdadera barrera de montañas la protege contra los vientos. Dejemos este terreno para abordar la cuestión médica.

Las aguas de Royat son termales, *carbogaseosas*, bicarbonatadas mixtas y ferruginosas, y además contienen una notable proporción de litina y arsénico; más adelante publicamos un cuadro completo del análisis de estas aguas.

Desde hace muchos años Royat ha llamado la atención del cuerpo médico, y todas las afecciones que la escuela francesa agrupó durante algunos años bajo el nombre de *neuro-artritismo*, encuentran en Royat el alivio que ha hecho su reputación. Si bien hoy día el neuro-artritismo se nos presenta como una familia algo confusa

ó poco precisa, las entidades mórbidas persisten, y por lo tanto, las indicaciones de Royat también.

Hubo un tiempo en el que cada fuente de Royat tenía una aplicación particular en el decir del público. Ejemplo: *Eugenia*, para los bronquíticos y los diabéticos; *Saint-Mart*, para los gotosos; *Saint-Victor*, fuente de los anémicos por su arsénico y hierro; y, en fin, á *César*, cuya mineralización y termalidad estimulan la secreción del jugo gástrico y el apetito, se la ha llamado fuente de los dispépticos.

Pero hoy que el estudio de los aguas termales y de su acción ha dado un gran paso y que el descubrimiento del poder radiante de las aguas minerales nos abre nuevos horizontes, no podemos admitir que en un grupo termal como Royat cada fuente sirva para un cierto número de enfermedades fijas é invariables. La clínica nos enseña todos los días que la combinación de estas cuatro fuentes y su manipulación para bebida ó baños constituye la especialidad del médico de aguas minerales. Hay, en efecto, en las aguas de Royat asociaciones tales como las de las sales de sosa y cal, escala ascendente de mineralización (2'5 á 5'50 gramos por litro) y presencia del ácido carbónico (esta cuestión nos detendrá más adelante) en gran cantidad, termalidad variable, etc.; estas condiciones particulares hacen que la cura pueda variarse indefinidamente, según los enfermos.

Hasta hace tres años, la gran mayoría de los enfermos de Royat pertenecía al antes citado grupo de neuro-artríticos, es decir, catarrosos, gotosos, reumáticos anémicos, neurasténicos deprimidos, eczematosos, etc., y el éxito de estas aguas ha sido tal, que de países muy lejanos vienen los enfermos á buscar alivio á sus males.

El profesor Landouzy, en una conferencia dada en Royat en 1904 durante el *viaje de estudios medicales*, resume en los términos siguientes las indicaciones terapéuticas de las aguas de Royat.

«Es menester tener presente, respecto á las indicaciones de Royat, lo siguiente: la *especialización general de Royat es la de los artríticos deprimidos y anémicos*; la especialización funcional puede enunciarse en la forma que sigue: *en primer lugar los reumáticos y gotosos* con manifestaciones en un punto cualquiera de su organismo articular ó *visceral*, los *tabéticos* anémicos.

La especialización que está llamada á tener un gran porvenir es la *especialización funcional cardiovascular*.

1.° En resumen, los *gotosos anémicos*, en el intervalo de las crisis

agudas, los *reumáticos crónicos*, sobre todo los que sufren de las *articulaciones pequeñas*, los *diabéticos asténicos*, los *hiperclorhídricos*, los que tienen manifestaciones en el aparato respiratorio, *laringe*, asmáticos y *bronquitis catarrales crónicas*, artríticos con manifestaciones *cutáneas* (*eczemas*, *psoriasis*, *acné*).

2.° *La segunda indicación de Royat es la tabes*, y como lo enseña el profesor *Brissaud*, en el período preatáxico, los baños carbogaseosos, sobre todo los de César y Saint-Mart, atenúan los dolores y las perturbaciones de los esfínteres, y detienen la marcha de la enfermedad.

En el período de incoordinación, la piscina de Duchenne de Boulogne, además de la acción del ácido carbónico y mineralización del agua, gracias al principio de Arquímedes, permite la aplicación del método de Fränkel.

3.° *Finalmente, las enfermedades del aparato cardiovascular* constituyen una de las principales indicaciones de estos baños.

La primera vez que el baño carbogaseoso se empleó de una manera científica fué en 1885, en que Aug. Schott (1) publicó la fórmula, permitiendo preparar un baño carbogaseoso artificial en la casa misma del enfermo. La experimentación de este nuevo método terapéutico dió tales resultados, que los principales médicos del mundo lo adoptaron con gran rapidez, y no citando sino los principales, mencionaremos además de los principales médicos alemanes, Heinemann, Thorne, Campbell, Robertson, etc., en Inglaterra; Sakharoff, Jakimoff, etc., en Rusia; Tyson, Sätherwäite, etc., en América; Batistini, en Italia.

En Francia, M. Huchard, en 1897, indicó este nuevo método terapéutico; M. G. Merklen lo emplea desde hace bastantes años en el hospital con éxito constante.

En un trabajo ulterior pensamos insistir sobre esta importante cuestión de actualidad terapéutica, y sobre el mecanismo de la acción de estos baños en las cardiopatías crónicas, bástenos decir que en todos los casos, *y son numerosos*, en los que se desea aliviar el corazón, permitiéndole vaciarse mejor, la vasodilatación es el modo más seguro de obtenerlo, y el baño carbogaseoso indicado, por lo tanto, en los casos en que la presión arterial es inferior ó algo superior á la normal, el baño carbogaseoso es la medicación que se debe emplear, las simples nociones de Fisiología del corazón y de la cir-

(1) Zur Therapie der chronischen Herzkrankheint. *Berliner Klin, Woch*, 1885.

culación bastan para comprender el por qué la presión tiende á la normal por medio de este tratamiento.

Quiero insistir, antes de terminar, sobre un punto de suma importancia; Royat es el único establecimiento, que yo conozca, en el que se puedan dar baños, con agua corriente á su temperatura normal, sin ningún artificio, y para aquellos que conocen la importancia que tiene el administrar las aguas minerales tales cuales salen de las profundidades de la tierra, hago esta observación.

Las deficiencias de este artículo son numerosas; más tarde, si la hospitalidad de esta brillante REVISTA me lo permite, me propongo tratar la cuestión del efecto fisiológico del baño carbogaseoso.

ANTROPOLOGÍA CRIMINAL

LAS ANOMALÍAS DE MATEO MORRAL

POR

ANTONIO LECHA-MARZO

Interno del Laboratorio de Medicina legal de la Universidad de Valladolid.

Desde el trágico suceso de la calle Mayor se habla constantemente de la persona de Mateo Morral. Bastante conocemos de su psicología y algo de varias anomalías reveladas por la autopsia y descritas por el egregio profesor Maestre algunos días después en *El Liberal*. Creemos por esto oportuno traer á las páginas de esta REVISTA algunos datos sobre la frecuencia é importancia de dichas anomalías, en la creencia siempre de que otros pudieran haberlo hecho con mejor criterio y más autoridad que nosotros.

Las cejas de Morral, adelantándose sobre el rostro, daban al conjunto de la cara un aspecto siniestro (Maestre). Esta disposición, á la cual ha asignado Lombroso una importancia característica, reproduce en el hombre un carácter animalesco inferior. Los senos frontales muy prominentes se encuentran en los criminales con una frecuencia casi doble que en los normales (en 26'7 por 100 y en el 11 por 100 respectivamente), y según el profesor Carrara (de Turín) (1),

(1) M. Carrara: L'Antropologia criminale nei suoi rapporti con la medicina legale. Edición italiana del Manuale di Medicina legale de F. Strassmann, pág. 1.008. Turín, 1901.

son signo de fuerza y de exagerados movimientos del cuerpo, tanto que su mayor desarrollo distingue muchas formas salvajes ó antiguas de las domésticas ó actuales, el caballo salvaje del doméstico y el oso de las cavernas del actual. Y tienen mayor significado cuando su desarrollo aumenta en perjuicio de la cavidad cerebral.

Sobre la frecuencia del excesivo desarrollo de los senos frontales, Juan Marro (de Collegno) da una proporción algo menor que la de Lombroso: un 23 por 100 en los delincuentes. Manuel Mirabella (de Favignana) (1), que ha publicado recientemente un magistral estudio sobre los caracteres físicos y psíquicos de 84 delincuentes, reincidentes y casi todos asesinos, ha encontrado la prominencia de los senos frontales en la proporción del 48'88 por 100. En las mujeres esta proporción baja al 18 por 100.

El mentón era saliente y la mandíbula robusta y bien formada; los dientes de ésta rebasaban á los del maxilar superior, que no quedaban acabalgados. Esta anomalía, conocida en antropología con el nombre de *progeneismo*, se observa en el 38 por 100 de los criminales masculinos y en el 21 por 100 de las mujeres criminales, no llegando entre los normales más que al 28 por 100 en los hombres y al 10'30 por 100 en las mujeres (2).

El gran desarrollo de la mandíbula podría explicarse, según Lombroso, admitiendo, además del atavismo y del mayor desarrollo de sus sistemas muscular y ligamentoso, la repetición del gesto especial del hombre que se ha propuesto llevar á cabo una resolución enérgica ó madura una venganza, gesto que es en un todo semejante (Darwin) al esfuerzo que practicamos al apretar la boca para prestar á los músculos puntos de apoyo.

Las orejas de Morral eran asimétricas; la izquierda normal y la derecha, dice Maestre, estaba desdibujada en su concha y lóbulo, ofreciendo un aspecto pitecoide muy evidente. La ausencia de hélice y el pabellón liso, es decir, escaso desarrollo de pliegues cartilaginosos, son los rasgos de la *oreja de Morel*. Se nota por las fotografías que las orejas no están muy separadas del cráneo (pequeño ángulo céfalo-auricular), no son verdaderas *orejas en asa*, que se encuentran en el 28 por 100 de los reos y en el 25 al 36 por 100 de los

(1) Mirabella: I caracteri degenerativi di 84 delinquenti nati. *Archivio di Psichiatria*, vol. XXVII, fasc. I-II, págs. 1-29, 1906.

(2) Peli: Sul tipo progeneo. *Arch. di Psich.*, 1898, vol. XIX, fasc. I.—Camuset: De l'absence du chevauchement abituel de la parte antérieure des arcades dentaires como stigmate de dégénérescence. *Annales méd. psychol.*, 1894, vol. LII, núm. 3; *Arch. di Psich.*, XVI, 158.

dementes; pero son largas y tienen el lóbulo bastante adherido, caracteres éstos que se han observado, como la concha lisa, frecuentemente en los criminales. El lóbulo adherente ó empalmado (oreja sesil) se observa en el 7'38 por 100, según Mirabella (1) y en el 2'90 por 100, según Gradenigo (2). Marro (3), que ha observado en los criminales 11 anomalías de orejas, ha encontrado el 9 por 100 con orejas largas.

La nariz era rectilínea, torcida desde su origen hacia la derecha, y la raíz tan profunda, que, según un descritor de la fisonomía de Morral, en ella se podía encunar un dedo: estos caracteres, según Lombroso, distinguen la nariz del criminal de la del hombre normal. La desviación hacia el lado derecho seguramente estaría acompañada de la desviación del tabique de las fosas nasales, que en este caso tendría la cara derecha cóncava y la izquierda convexa. Tal desviación ha sido encontrada por el profesor Ottolenghi (de Roma) en el 48 por 100 de los delincuentes y en el 23'92 por 100 de los normales (4).

La cara era asimétrica, carácter al cual Lombroso concede alguna importancia. El tórax estrecho y de mezquino desarrollo (Maestre). La delicadeza torácica se observa frecuentemente en los estupradores y en los falsarios.

(1) Mirabella: *Loco citato*, pág. 11.

(2) Gradenigo: Le deformazioni del padiglione del orecchio nei normali, negli alienati e nei delinquenti. *Arch. di Psich.*, X, 425; XI, 258; XII, 475; XIII, 9. — Idem: Lo sviluppo delle forme del padiglione dell'orecchio con riguardo alla morfologia e teratologia del medesimo. *Arch. per la scienze mediche*, 1888. — Idem: Le pavillon de l'oreille au point de vue anthropologique. *Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, 1889. — Idem: Zur Morphologie der Ohrmuschel bei gesunden u. geisteskranken Menschen u. bei Delinquenten. *Arch. f. Ohrenheilk.*, 1890. — Idem: Ueber die Formanomalien der Ohrmuschel. *Arch. f. Ohrenheilk.*, 1891. — Véase también Frigerio: L'oreille externe, étude d'antrhop. criminelle. *Arch. de l'Anthrop. criminelle*, 1888; *Arch. di Psich.*, IX, 296, 680. — Lombroso: Le orecchie nelle atrofie degli emisferi. *Arch. di Psich.*, IV, 512. — Pailhas: Du pavillon de l'oreille. Estudio de antropología criminal. *Arch. di Psich.*, XVIII, 1897, pág. 1. — Ellis: The ear in criminals. *The Lancet*, 1890.

(3) Marro: Los caracteres de los delincuentes. Biblioteca antropológico-jurídica. Turín, 1887.

(4) Ottolenghi: Scheletro e forma del naso nei criminali. *Archivio di Psichiatria*. vol. IX, fasc. 8. — Belsanti: Caratteri regresivi della ossa nasali. *Archivio per l'Antrop. e l'Etnol.*, XVI, fasc. 7. — Bertillon: Forme de nez. *Revue d'Anthropologie*, 15 marzo 1887. — Valenti y Carrara: Ossa supranumerarie del nasso in un ladro. *Archivio di Psichiatria*, XIII, pág. 486. — Mori: Alcuni dati statistici sulla formazione e sull' indice nasale dei delinquente italiani. *Archivio per l'Antrop. e l'Etnol.*, XXIX, fasc. 8.

Las manos simias, por lo largas y comprimidas, como sucede en los estupradores, ladrones, rateros y estafadores. Claude y Vidocq han indicado la frecuencia de las manos gruesas y largas en los grandes asesinos.

La constitución de Morral era robusta y musculosa, especialmente la de las piernas, pero no dió grandes muestras de agilidad y

destreza, como el septuagenario Vilella, el ladrón *La vieja*, la ladrona y prostituta María Perino y otros muchos criminales.

De las anomalías anotadas en Mateo Morral, sólo tres nos parecen de bastante importancia: el progeneismo, la prominencia de los senos frontales y la desviación de la nariz. Estos tres caracteres anormales degenerativos hacen de Morral un *tipo criminal* de Lombroso.

Merecen también ser tenidas en cuenta las anomalías observadas en el pabellón auricular, pero de ningún modo concederlas un valor que no tienen. No llegamos tampoco al extremo opuesto, como Lannois (1), que después de haber examinado cierto número de detenidos en la cárcel de San José, de Lyon, hizo la afirmación de que sus reconocimientos no le habían suministrado más anomalías de la oreja de las que habría encontrado en un número igual de personas de conciencia limpia y sin clasificación judicial. A una afirmación hecha sin grandes fundamentos, oponemos, además de los estudios de Lombroso, las observaciones de Morel, Gradenigo, Frigerio y Pailhas.

Las anomalías de Morral, ¿son de una importancia tal que autorizan para considerarle irresponsable? Consideramos muy fundada la respuesta dada en sentido negativo por el Dr. Maestre; además, en el cerebro de Morral no ha encontrado el distinguido profesor de San Carlos ninguna anomalía de carácter atávico; era un cerebro, macroscópicamente, bien conformado. Lombroso, Benedikt, Giacomini, Tenchini, Legiardi-Laura, Varaglia, Ladame, Tovo, Marchi, Mondio, etc., no han conseguido demostrar que el criminal posee un cerebro distinto del que tiene el hombre normal, pero han sabido señalar ciertas anomalías en la superficie cerebral y aun en la estructura de la corteza (estudios de Roncoroni) que acompañan frecuentemente á la delincuencia y á la suspensión de desarrollo, de las cuales son expresión. Nada de esto nos ha mostrado el cerebro del anarquista de la calle Mayor.

Las zonas rolándicas, ó sean las zonas motoras del cerebro, se muestran bastante *desenvueltas, como signos de una impulsividad enérgica y pronta* (Maestre).

Por el desarrollo de sus lóbulos frontales, creemos se puede hacer constar, pero sólo probablemente, un buen poder intelectual. No puede hacerse tal afirmación de una manera categórica, pues en ocasiones se observan lóbulos frontales pertenecientes á individuos de pobre inteligencia, con las circunvoluciones largas, anchas, flexuosas y ricamente incindidas. Sordomudos de nacimiento, idiotas que no podían hablar (Calori), locos, criminales, en fin, individuos de inteligencia obtusa, presentaban, excepcionalmente y adquirida por herencia, una circunvolución de Broca (centro del lenguaje articulado) tan complicada é incindida como la del lado derecho del

(1) Lannois: De l'oreille au point de vue anthropologique et medico-légal. *Arch. de l'Anthrop. crim.*, 1887.

gran orador Gambeta (1). Los cerebros de nuestras salas de disección presentan generalmente los lóbulos frontales bastante complicados. En el estado actual de nuestros conocimientos no podemos, pues, emitir un juicio riguroso, por el examen de varias circunvoluciones, acerca del poder intelectual de un individuo.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Leche fermentada de los búlgaros. — II. Aumento de la morbosidad diftérica. — III. Relaciones entre las infecciones maternas y las infantiles. — IV. Tabaco: efectos. — V. Campo de aislamiento de emigrantes en Hamburgo. — VI. Las moscas como vehículo del cólera y de la disentería. — VII. Bacilos tuberculosos: sus clases; deducciones prácticas.

I. Stamen Grigoroff ha estudiado en el Laboratorio de Bacteriología y Seroterapia de Ginebra, á cargo del profesor Massol, una leche fermentada comestible, muy usual en Bulgaria, hasta el punto de ser el alimento casi exclusivo de las gentes rurales en unos puntos y ser consumida durante el verano en otros.

Es una leche cuajada, conocida en búlgaro con el nombre de *Kissélo-mléko* (leche agria) y preparada de este modo: hiérvese la leche, se la deja enfriar hasta 40° ó 45° y entonces se la siembra con *Kissélo-mléko* del día anterior y mejor de más fecha; para evitar que el frío retarde la fermentactón, se rodea la vasija de cuerpos malos conductores. A las ocho ó diez horas, según la temperatura ambiente, la leche se ha cuajado y forma en el fondo una pasta blanca compacta, que cuando está intacta no deja salir ó exprime poco suero. El fermento usado se designa con el nombre *Podkvassa* y procede de una operación anterior.

Examinada en el microscopio una preparación teñida de esta leche agria, se nota una flora microbiana variada y abundante, en la cual, tras minuciosas investigaciones, ha encontrado Grigoroff, entre otras varias, tres especies aerobias-anaerobias facultativas:

Un *bacilo* largo, inmóvil, aislado ó dispuesto en serie lineal, que

(1) Hervé: La circunvolution de Broca. Tesis de París, 1888.

se desarrolla bien en los medios azucarados, coagula la leche por formación de ácido láctico, no porque produzca cuajo, tiene su máximum de actividad á 45°, á cuya temperatura coagula la leche á las cinco horas (á 37° tarda diez ó doce), á los 50° es menos activo y á los 60° muere en una hora. Pertenece al grupo de los *denitrificantes verdaderos* de Grimbert, ó sea á los que, como el piociánico, desprenden nitrógeno en solución peptonada sin el concurso de substancias amídeas, mientras que los *denitrificantes indirectos* necesitan de estas últimas.

Un *micrococo*, ya solo, ya en diplococos, ya en pelotones, con movimientos brownianos, cultivable en todos los medios, también denitrificante verdadero, coagulante de la leche por fermentación láctica, no por cuajo y capaz de producir por sí sólo la *Kissélo-mléko* á 37° y en un lapso no menor de veinticuatro horas; á 45° tiene su mayor energía (siete ú ocho horas para la coagulación), resiste á 50° y muere á los 60° en una hora.

Un *estreptobacilo*, en forma de bastoncillos cortos, reunidos en cadenas de 4, 5, 6, 10 elementos y hasta 15 y 20 en algunos casos. Salvo en la gelatina lactosada, se desarrolla bien en los medios azucarados. Coagula la leche por formar ácido láctico, y no produce cuajo ni caseasa. Es denitrificante verdadero, se conduce en cuanto á su energía respecto al calor como los precedentes, salvo que no muere hasta los 70° (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1905).

II. G. Mya hace notar (*Lo Sperimentale*) que en Florencia, Turín, Siena, Roma y otros puntos va en aumento la morbosidad de la difteria; el hecho se debe, en su concepto, á que ha menguado con la seroterapia la mortalidad y quedan en las vías respiratorias de los curados bacilos de Löffler, que los convierten en nuevos focos de infección. Este mismo hecho explica las frecuentes recaídas.

Se evitaría esto no echando en olvido la medicación local. Mientras no se descubra un suero que, además de antitóxico, sea también bactericida, hemos de preocuparnos de destruir los gérmenes en los diftéricos y no limitarnos á curar los enfermos. Mya aconseja: emplear una medicación tópica enérgica y seguir la desinfección nasofaríngea hasta que los cultivos sean estériles; obligar al empleo del suero como medio preventivo á los que hayan de cuidar diftéricos, en tanto dure el período de contagio; prohibir el ingreso en las escuelas de los niños curados de difteria mientras tengan bacilos de Löffler en la faringe y secreciones nasales. Procediendo así ha logrado hacer que cese el contagio en el hospital Mayer y que baje mu-

cho la morbosidad diftérica en el barrio en que se halla instalado.

III. Es conocida la frecuencia con que las infecciones maternas son transmitidas al recién nacido en los primeros días que siguen al parto; pero era conveniente precisar esa frecuencia, y esto es lo hecho en la tesis de Quedec, preparada en el servicio de Budin (*Rapports entre les infections maternelles et les infections infantiles pendant les suites de couches*, París, 1905), expresándola mediante curvas que siguen paralelas los movimientos de las infecciones maternas é infantiles, hasta en las grandes oscilaciones.

Los corizas y la oftalmía del niño pueden determinar infecciones mamarias en la nodriza, y las galactoforitis de ésta, gastro-enteritis, estafilococia y abscesos múltiples en el recién nacido. La grippe de las madres puede causar bronco-pneumonías en los hijos, muy graves, especialmente si son prematuros débiles. Las epidemias puerperales de las maternidades pueden causar víctimas también en los niños, por paso del germen á éstos, debiendo notarse que, como cada paso aumenta la virulencia, es en éstos más grave. En todos estos casos, sobre todo en los últimos, es necesario aislar á las mujeres de los niños, pues no siempre se sabe el punto de partida de la infección.

IV. El pro y el contra del tabaco, todavía en discusión, han sido examinados por varios autores ingleses en *The Practitionner* (1905).

Lauder Brunton estudió los efectos en el corazón y la circulación. En los animales las dosis pequeñas retardan primero y luego aceleran los latidos cardíacos; á dosis grandes hay retardo pero con un aumento de presión cardíaca casi igual á la que produce el extracto de cápsulas suprarrenales, y se debe casi sólo á la contracción de las arteriolas. Dada la nicotina á dosis tóxicas, hay gran rapidez del pulso por parálisis de los ganglios inhibidores intracardíacos. Las lavativas de tabaco, antes usadas para relajar los vasos, han sido abandonadas por peligrosas.

Pero el tabaco no es empleado como medicamento. El usado para fumar ó en rapé no contiene casi nicotina y los síntomas de intoxicación han de ser raros. Fumando, la nicotina pura no llega á la boca, pero sí el producto de la destilación seca del tabaco, la piridina y las bases picolinas, cuya proporción varía según el modo de fumar: con el cigarro se forma poca piridina, pero sí colidina, y con la pipa se produce mucha de aquélla; con el *narghileh* y el cigarrillo se inspira con más frecuencia el humo, lo cual es nocivo con éste, pero no con aquel que está provisto de una especie de frasco

lavador; además, los fumadores de cigarrillos suelen consumir mayor cantidad de tabaco.

Fumar moderadamente no parece ser nocivo á los adultos, pero sí á los jóvenes. En aquéllos el tabaco parece ser un estimulante cerebral y un calmante de ciertas excitaciones: la acción estimulante se debe probablemente á la irritación bucal causada por el humo, que obra por acto reflejo sobre los vasos cerebrales; la calmante la atribuye Lauder Brunton á la necesidad de respirar rítmicamente mientras se fuma. De todos modos el humo altera la circulación, como demuestran las palpitaciones, los dolores de la región cardíaca, que pueden llegar hasta á la angina de pecho, y las irregularidades cardíacas frecuentísimas, síntomas que dependen en buena parte de la clase de tabaco y que no cesan hasta varios meses después de haberlo suspendido.

El humo aumenta la secreción salivar. No están sujetos los fumadores al catarro gástrico crónico, y no se sabe si el tabaco influye en las secreciones gástrica, biliar y pancreática. Cerso cree que disminuye las secreciones por obrar sobre los nervios glandulares. Paralizando el pneumogástrico, reduciría la motilidad gástrica y podría determinar insuficiencia motriz y dilatación; pero hay que aceptar estos hechos con reserva, pues no se nota una mayor predisposición á estos daños en los fumadores. Dalton y Allbutt opinan que el fumar produce hiperclorhídria, pero por modo indirecto, por la abundante cantidad de saliva. Después de las comidas el fumar puede comprometer la digestión, porque la llegada de mucha saliva después del período amilolítico, puede neutralizar el ácido y detener la acción del jugo gástrico. Révillout atribuye al tabaco dos casos de dispepsia nerviosa grave curados con la supresión. No está comprobada la idea vulgar de que el tabaco regulariza las deposiciones, antes bien es posible que el abuso produzca depresión nerviosa y movimientos irregulares del intestino.

Respecto al sistema nervioso, James Taylor habla de la gran tolerancia de ciertos individuos y de individuos que sólo dan muestras de actividad intelectual abusando del tabaco; pero éstos son casos excepcionales. Lo ordinario es que provoque trastornos nerviosos muy apreciables. El temblor es frecuente; es ligero, rítmico, no constante, pero con tendencia á ser persistente. Causa trastornos vasomotores, enfriamiento de las extremidades y hasta cianosis, palidez de la cara, transpiración de la cabeza. Para Rénon, el abuso puede llevar á la arterio-esclerosis. El insomnio no es raro, se

presenta después del primer sueño, dura dos ó cuatro horas y luego duerme el enfermo con sueño agitado. Taylor cree que el cigarrillo, por la facilidad con que de él se abusa, es el peor para el sistema nervioso. La acción en la mucosa bucal y en la lengua se revela por excoriaciones, por glositis superficial, glositis crónica, de que son expresión la leucoqueratosis, la leucoplasia y el psoriasis, por verrugas con prolongación de las papilas, entre las cuales prolifera el epitelio; por debajo de éste se amontonan células redondas que producen ligera induración. Esta y el principio de ulceración indican el comienzo del epitelioma. También se forman fisuras y chapas induradas en los labios, sobre todo cuando se usa la pipa, en cuyo caso el calor parece aumentar la acción nociva del tabaco. La boca debe ser examinada cuidadosamente por si se llega á tiempo, con la supresión, de que no avancen los procesos; en caso de continuar, aparte de la antisepsis, hay que recurrir al tratamiento oportuno: excisión, no cauterizaciones.

V. La pequeña epidemia de cólera sufrida en Alemania (Prusia oriental, región de Hamburgo) durante el verano anterior, da motivo al Dr. P. Cornet para ocuparse en los caracteres de la zona invadida y en el fenómeno de la emigración, una de las circunstancias más especiales de la misma. (*Le Progrès Médical*, 1905).

La zona infecta es la inmensa frontera ruso-polonesa, con un gran río de penetración (Vístula), llanuras lacustres cortadas en todos sentidos por arroyos y canales, clima versátil y sobre todo lluvioso. Este pedazo de tierra está siempre en estado de receptividad y reclama medidas higiénicas permanentes, más precisas todavía ante el gran número de emigrantes que abocan de todos puntos.

En efecto, hay un ingreso y salida constante de emigrantes, representados por grandes masas que proceden de Rusia, Polonia, Austria, Galicia, Servia, Rumanía, Italia, Grecia y Persia. En 1904 fueron 107.434 los emigrantes embarcados en Hamburgo, y algunos en Cuxhaven y Brunnshausen. El movimiento continuo y progresivo de estas masas, que convergen hacia las pantanosas llanuras del Elba, está reglamentado por las leyes de Hamburgo (1887) y del imperio (1897) y vigilado por las autoridades locales y un Comisario imperial.

Además de las estaciones de comprobación, instaladas en las fronteras y en los caminos, dada la trágica experiencia de 1892, se ha suprimido todo contacto de los emigrantes con la capital del Estado libre, que como se sabe está gobernado por un Senado bajo

la tutela y dependencia de Alemania, no de Prusia. Para ello, la gran compañía concesionaria de los servicios de emigración, la *Hamburg-America-Linie* (modesta al empezar en 1847 y hoy la mayor del mundo, con 150 vapores y 160 barcos menores), abandonó las primitivas barracas, instaladas en la pequeña isla del Elbá, llamada Steinvörder y estableció un campo de aislamiento de 25.000 m² en otra isla del mismo río, la Wedder, frente á Hamburgo, campo ya insuficiente y que se va á ensanchar hasta duplicarlo.

Actualmente, los *Ausvandererhallen* ó depósito de emigrantes están unidos por ferrocarriles directos á la estación de llegada (Wilhemburg) y al embarcadero de la Compañía. Los viajeros permanecen en ellos de cuatro á ocho días en tiempo normal y no se permite ni que salgan ni que reciban visitas; es decir, el aislamiento es completo. Caben en ellos 1.000 individuos.

Están divididos en dos secciones distintas.

Una, de *ingreso*, comprende las oficinas de inscripción y de informes, la estancia provisional durante veinticuatro horas, los baños (12 baños-duchas para los hombres y seis baños-duchas y cuatro pilas para las mujeres, con los cuales se puede dar servicio en una hora á 120 hombres y 68 mujeres), la desinfección, vestidos y equipajes. Durante el baño se efectúa el examen médico: los sospechosos van al lazareto, los enfermos son transportados á los hospitales de Hamburgo y los sanos ingresan en la segunda sección clasificados por nacionalidad, religión y sexo.

La segunda, *campo de aislamiento propiamente dicho*, comprende nueve pabellones, ocho de ellos agrupados por pares mediante una gran sala común, resultando así en forma de H; las alas son dormitorios de 20 á 22 camas y la cubicación es de 14 m³ por individuo.

El sistema de desagüe es el de todo á la cloaca, con tres fosos para desinfección química (cloruro cálcico) antes de comunicar con las cloacas de la urbe; la ventilación se hace por el techo y por el suelo; el calentamiento es central y el alumbrado eléctrico. En los *water-closets* ha parecido mejor el sistema de letrinas con descarga de agua en común para todos los retretes, y no individual, en previsión de habérselas con ignorantes y torpes. Los tubos abductores están provistos de rejilla para detener las ropas, así como los *cadáveres de niños* que pudieran arrojar los emigrantes.

Los refectorios son distintos para cristianos y judíos. Hay pequeñas tiendas ó bazares, en donde encuentran á bajo precio artículos de tocador y de viaje. La iglesia es católica por un lado y pro-

testante por el otro; los judíos disponen de un local especial para sus ritos.

El servicio entero (alojamiento, comida, baño, criados) es baratísimo: un marco diario para los adultos y medio para los niños. Los de mejor posición pueden disponer de habitaciones particulares con cuartos de cuatro camas, lavabo y *water-closets* independientes. Los pobres no pagan nada.

Cuenta, además, la Compañía, para el caso de epidemia, con buques-cuarentena instalados lejos de los puertos, en el Elba inferior; dura la observación dieciséis días. Esta medida ha sido impuesta por América. En épocas normales, cuando no hay epidemias y se ha hecho la inspección en la frontera de los emigrantes procedentes de países no contaminados, pueden habitar en Hamburgo, en casas de huéspedes (*Logirhäuser*), reglamentadas y vigiladas por las autoridades sanitarias.

VI. Chantemesse y Borrell sostienen que las moscas son con frecuencia vehículo del cólera. Observaciones análogas han hecho los médicos de la armada japonesa durante la última guerra, pero con relación á la disentería. Estos insectos invadían los barcos cada vez que se acercaban á ellos los transportes con carbón y siempre que se inspeccionaba algún junco chino. Hubo 151 casos; pero la epidemia fué bruscamente detenida destruyendo las moscas y prohibiendo el uso de alimentos crudos. (A. Demmler, *Le Progrès Médical*, 1905).

VII. El servicio sanitario imperial alemán ha publicado el resumen de sus trabajos sobre la tuberculosis, hecho por H. Kossel y R. Weber (*Deuts. Med. Woch.*, 1905). He aquí lo más importante:

Hay dos clases de bacilos tuberculosos en los animales de sangre caliente: los de los mamíferos y los de las aves.

Los de los mamíferos comprenden dos tipos distintos : el humano y el bovino, diferenciables esencialmente por su aspecto morfológico, cultivos y virulencia.

La transformación del bacilo tipo aviario en bacilo mamario no se ha logrado nunca, como tampoco la del humano en bovino.

Las gallinas no tienen receptividad para el bacilo de los mamíferos; no ocurre lo mismo con los pájaros : en dos loros tuberculosos ha sido aislado el bacilo humano.

En los bóvidos no se ha visto más que el bacilo bovino y nunca el humano, ni aun inoculándolo. En los cerdos tuberculosos casi sólo existe el bovino; en un lechón con tuberculosis de los ganglios me-

sentéricos fué aislado el aviario; dando grandes cantidades de bacilos humanos á cerdos en el período de la lactancia se puede provocar una tuberculosis lenta.

El bacilo bovino es inoculable á la oveja y á la cabra.

En 67 casos de tuberculosis humana se vió en 56 el bacilo humano solo, en 9 el bovino solo y en 2 los dos juntos. Cuando existía el primero únicamente se trataba de localizaciones muy distintas y de individuos de edades diferentes; cuando había el bovino sólo se refería á niños menores de ocho años, y en seis de ellos se demostró la puerta de entrada intestinal, siendo las lesiones intestinales, de los ganglios mesentéricos y del cuello, con más dos casos de granulia.

Los bacilos bovinos aislados en el hombre son enteramente iguales al encontrado en los bóvidos.

Conclusiones prácticas.—1.ª La tuberculosis bovina causada por el bacilo bovino tipo se transmite con frecuencia de bóvido á bóvido; también puede serlo por el puerco, carnero, cabra y más rara vez por el hombre.

2.ª La del cerdo procede generalmente del buey y alguna vez del hombre. La fuente de infección reside, sobre todo, en los restos de carnes de animales tuberculosos y en la leche de vacas tuberculosas.

3.ª La tuberculosis de los otros animales domésticos es causada generalmente por el bacilo tipo humano.

4.ª En el hombre la transmisión es de ordinario al hombre. El bacilo tipo bovino puede serle comunicado con la carne y la leche, y sus lesiones asientan comunmente en el punto de inoculación y ganglios correspondientes, pero se puede generalizar y causar la muerte; por eso, especialmente para los niños, son peligrosas la carne y la leche. Se impone la vigilancia de la carne y de las vacas lecheras. La leche puede utilizarse después de ebullición prolongada.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 26 de Mayo de 1906 (1).

Asociaciones helmintiásicas en la anquilostomiasis.—El Dr. Codina: Sabido es que no se considera como un hecho rarísimo la asociación helmintiásica. Aunque no se observe con frecuencia, no es raro encontrar en un mismo individuo dos especies de tenia, por ejemplo, y lo que ocurre con los cestodes obsérvase tal vez más á menudo, aunque nunca con frecuencia, con los parásitos cilíndricos ó nematodes. Las asociaciones de estos helmintos menos raras son: la del ascaris lumbricoides con el oxiurus vermicularis y del anquilostoma duodenal con la anguillula intestinalis, ó sea la forma adulta de la anguillula estercoralis.

Los Sres. Académicos saben que estamos estudiando en nuestra clínica la anquilostomiasis, y ya podrán suponer que no hemos olvidado la investigación referente al interesante asunto de las asociaciones del anquilostoma con los otros parásitos intestinales, y habiendo llegado ya el número de nuestras observaciones personales á la cifra de 100, creemos que ha llegado también la oportunidad de dar cuenta á la Academia del resultado de nuestras investigaciones, las cuales son de todo punto bien sencillas, breves para exponer y fáciles de interpretar.

En efecto, de las 100 observaciones en cuestión sólo en tres hemos encontrado asociación helmintiásica, en la 29, en la 92 y en la 100, con la particularidad especialísima de que en cada una de las tres el anquilostoma estaba asociado con un parásito intestinal distinto, aunque en todas ellas se trataba de especies comprendidas en la clase de los nematodes; las tres asociaciones han sido, pues, de vermes cilíndricos.

La asociación correspondiente á la observación 29 fué la que se considera como más frecuente, cuando no única, en los anquilostomiásicos; la del anquilostoma con la anguillula intestinalis. La presencia en el intestino de este último parásito la descubrimos porque, al lado de los huevos de anquilostoma, en los excrementos recién expulsados, se encontraban en relativa abundancia embriones muy desarrollados y algunas larvas libres que constantemente se movían en el campo microscópico; además, el enfermo padecía *diarrea*, fenómeno muy frecuente en la *anguillulosis* y muy raro en la *anquilostomiasis*. Se trataba de un individuo con menos de 2.000.000 de hematíes, procedente de las minas de Linares, como los otros dos enfermos, y que expulsó 184 parásitos.

En la observación 92 los anquilostomas iban asociados al *oxiurus vermicu-*

(1) En la reseña de la sesión anterior (pág. 22, línea 28), se incurrió en un error al decir *pocas veces accesibles*, en vez de *muy suaves, accesibles*.

laris. Examinados los excrementos del enfermo, sólo se encontraron huevos de anquilostoma; se le administró una medicación que estábamos ensayando, y que resulta ser muy poco eficaz, y expulsó un parásito único, y este parásito no fué un anquilostoma, sino un oxiuro; más tarde, sin expulsar otros oxiuros, con la medicación apropiada, eliminó 149 anquilostomas.

En la observación 100, los anquilostomas estaban asociados al *tricocefalus dispar*. En los excrementos del enfermo no encontramos los huevos característicos de este parásito, probablemente porque en cuanto vemos algunos huevos de anquilostoma ya no continuamos la investigación, dando como positivo el diagnóstico de anemia anquilostomiásica.

Administrada la medicación correspondiente, el primer día expulsó 86 anquilostomas, el segundo 39 y el tercero dos y un *tricocéfalo dispar*, parásito que, por su rareza entre nosotros, he traído para que puedan examinarle los Sres. Académicos.

Tales son los hechos observados, los cuales no he de aprovechar para describir los caracteres de dichos parásitos y las formas especiales del contagio respectivo, puesto que todo ello lo conoce la Academia mucho mejor que yo. Sólo me limitaré á señalar que de las tres asociaciones, en dos se trataba de parásitos que viven en tramo intestinal distinto del en que habitan los anquilostomas, puesto que así como éstos viven en el intestino delgado, lo propio que las anguillulas, en cambio los oxiuros habitan en el ciego, en el cólon ó en el recto y márgenes del ano y permanece constantemente en el ciego el tricocéfalo.

Por lo que se refiere á la intervención patogénica que esos parásitos asociados puedan tener en la anemia de los pacientes, se puede afirmar con toda seguridad que fué nula en las observaciones 92 y 100, tanto por lo que se sabe de su acción patógena como por la cantidad exigua de parásitos encontrados, y probablemente muy poco manifiesta en la observación 29, puesto que no se concede un gran poder patógeno á las anguillulas si no se encuentran en gran número en el intestino.

Resulta, pues, de los datos expuestos que las asociaciones helmintiásicas en la anquilostomiasis de los mineros españoles son muy poco frecuentes (8 por 100), carecen de intervención patogénica en la génesis de la anemia y han correspondido á gusanos cilíndricos, como los anquilostomas.

La pelagra.—El Dr. *Cortejarena*, reanudando el debate acerca de la pelagra, llama la atención sobre los errores de diagnóstico, citando el caso de Landouzy que, habiendo venido formando parte de una comisión para estudiar la enfermedad, declaró la existencia de ésta en España, no siendo exacto, y viéndose obligado el Dr. Cortejarena á rectificar esta idea.

El Dr. *Alonso Sañudo* manifiesta que podía referirse la pelagra á ciertas formas de mielitis tóxicas combinadas que describen los autores; que la intoxicación pelagrosa comprende muchas variedades, puesto que tiene distinta sintomatología en unos enfermos que en otros.

Que en opinión del Dr. Azúa, persona tan competente en estos asuntos, se ha exagerado más de lo debido, pensando que unas veces el alcoholismo y otras la suciedad y la sífilis suelen dar á ciertos individuos el aspecto de miseria orgánica propio de los pelagrosos y que hasta en la piel más fina, ó sea en el dorso de las manos, pueden presentarse eritemas.

Manifiesta después el Dr. Sañudo que había visto pelagrosos hacía cerca de treinta y seis años en los hospitales de Madrid, en las clínicas de la Facultad y en Aragón, donde hay muchos, diferenciándose de los pelagrosos italianos en que éstos más bien corresponden al manicomio que al hospital, ocurriendo con dicha enfermedad lo que con la fiebre tifoidea cuando adopta carácter epidémico, citando un curioso caso de tifus pelagroso que curó.

Se hace cargo de la influencia del maíz enfermo y de otras causas debilitantes; trata de la harina de almortas, que produce alteraciones medulares. Se ocupa de la lucha antipelagrosa, y afirma que las causas de la pelagra son muy variadas, figurando entre ellas la alimentación insuficiente y sobre todo el uso del maíz averiado, que contiene un principio tóxico, admitiendo una alteración medular con disminución de la presión sanguínea en los pelagrosos.

El Dr. *Codina* manifiesta que, según recordarán los Sres. Académicos, en la comunicación presentada por el Dr. Huertas llegó este señor á las conclusiones de que la pelagra existía en Madrid, de que estaba íntimamente unida, desde el punto de vista etiologico-patogénico, con la alimentación de los que se dedican á la *busca*, y después, desde el punto de vista social, trata de la lucha antipelagrosa.

De estos tres puntos, á cual más interesantes, dice que sólo se iba á ocupar del segundo, tanto para molestar el menor tiempo posible la atención de la Academia, como porque los otros dos puntos habían sido la base principal de la brillante disertación del Dr. Sañudo, á la que absolutamente nada podría añadir, permitiéndose únicamente afirmar el hecho de que, á su modo de ver, existe en Madrid la pelagra, que en los casos por él observados comienza por eritema del dorso de las manos, eritema que se recrudece y que va acompañado de trastornos del aparato digestivo y del sistema nervioso, y que la enfermedad va progresando hasta llegar á los fenómenos de esas mielitis tóxicas combinadas de que hablaba el Dr. Sañudo, á la degeneración mental y á la caquexia.

Respecto á este punto nada más tenía que añadir, aunque sí manifestar que, según tenía entendido, el Dr. Azúa, citado por el Dr. Sañudo, estimaba que no existía la pelagra en Madrid, sino que lo que existían eran formas pelagroides; que de esto se había tratado en una sesión de la Academia Medico-quirúrgica por personas en su concepto competentísimas en estos asuntos, tales como el Dr. Valle y otros, conviniendo en que no existía la pelagra, sino casos de eritema pelagroide.

Entrando en el segundo punto, dice es necesario convenir que de todos los trabajos publicados se desprendía que las causas que producen la pelagra varían de un modo extraordinario, agradándole sobremanera el oir la comunicación del Dr. Huertas, en la que se aporta á la etiología de la pelagra en Madrid un nuevo factor, que era la alimentación especial de los que se dedican á la industria vulgarmente llamada de la *busca*.

Cuando se recapacita que especialmente Lombroso había defendido desde todos los puntos de vista que la causa de la pelagra era el bacterium maidis, y se ve producirse esta enfermedad en regiones donde los enfermos no han comido nunca maíz ni sano ni enfermo; en poblaciones donde el des-

arrollo de la enfermedad se limita á ciertas clases sociales que tienen una alimentación insuficiente, y probablemente alterada, y aquí en Madrid, en donde se la ve unida con esa alimentación especial de los que se dedican á la industria llamada de la busca, hace pensar que todas estas condiciones etiológicas no eran más que vehículos del producto patógeno.

Estima difícil resolver de plano si el proceso morboso es provocado por un tóxico ó por un agente infeccioso.

En contra de la hipótesis de un proceso infeccioso existía para él una serie de condicionales que, si no tenía un valor decisivo, cuando menos inclinaba el ánimo en contra de semejante opinión, como lo demostraba la limitación y localización en determinados territorios, como ocurre en Asturias, el desconocerse un período de incubación, el ser atribuída á distintos gérmenes (bacterium maidis, penicillum glaucum, etc.), el curso intermitente de la enfermedad y otros tantos datos.

PRESIÓN ARTERIAL EN LA PELAGRA

NÚMERO DE LAS CAMAS	Número de días de observación.	NÚMERO DE DIAS EN QUE LA PRESION ARTERIAL FUÉ DE											
		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Sala 30, núm. 16. — Pelagra con bronconeumonía, edemas, derrames en el peritoneo y pleura, etc.; sin albúmina en la orina (56 años).....	5	»	»	»	»	»	»	1	3	»	1	»	»
Sala 30, núm 17. — Pelagra en período caquéctico (48 años)..... ..	16	»	»	»	»	2	7	2	1	1	3	»	»
Sala 30, núm. 31. — Pelagra, con catarro bronquial crónico (63 años)..	97	»	»	»	»	1	5	14	27	16	9	5	2

En cambio, más bien hablan en favor de una intoxicación, además de las referidas indicaciones, una serie de investigaciones experimentales toxicológicas, el estado de la nutrición de estos enfermos, y hasta su presión arterial. Recuérdense, á este efecto, los experimentos de Babés y Manicalide, de los cuales parece desprenderse que en el suero de los individuos curados de la pelagra existe una substancia específica (¿una antitoxina?) que se opone á la acción tóxica del maíz averiado, con el cual habían intoxicado á otros animales, y los experimentos de Carlos Ceni, de Reggio Emilio, el cual, inyectando suero de pelagrosos en la clara de huevos de gallina, obtuvo una perturbación y retraso en la evolución embriogénica. La nutrición de estos enfermos también está perturbada, sobre todo en lo que se refiere

UNIV. OF CALIFORNIA

á las substancias hidrocarbonadas, puesto que, según se desprende de los experimentos de Lucatello, valiéndose de la acetonuria experimental, existe en los pelagrosos una alteración real en los cambios de los hidratos de carbono, en el sentido de ser incompletamente utilizados. Por fin, la presión arterial está generalmente disminuída, según se desprende de las investigaciones de Zwilinger primero, de Parhon y Ranitesco después, y las que yo he llevado á cabo en mi clínica, á raíz de la publicación de estas últimas.

Como se puede ver en el cuadro de la pág. 100, el número máximo de días corresponde en los tres enfermos á presiones arteriales inferiores á la normal, en relación con su edad respectiva.

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 21 de Mayo de 1906.

Un caso de mastitis curada por el procedimiento de Bier. — El Dr. *Goyanes* presenta una enferma curada de mastitis; he aquí su historia y el tratamiento empleado: joven de veintiséis años que en diciembre pasado tuvo una mastitis puerperal con formación de flemón y absceso que, al abrirse en la piel quince días después, dejó varios trayectos fistulosos, fuente inagotable de pus, situados en la parte posterior de la mama derecha. A pesar de emplear todos los tratamientos recomendados en estos casos, la supuración seguía abundante y no se notaba señal alguna indicadora de favorable terminación. En vista del fracaso de todos los tratamientos usados durante tres meses y medio, comenzó Goyanes á aplicar el procedimiento de Bier-Klapp hace quince días, observando que á la cuarta sesión la fístula ya no exudaba nada de pus, sino algunas gotas de sangre, y que á la quinta sesión las fístulas estaban cerradas completamente y la lesión curada.

Como se ve, los resultados obtenidos no han podido ser más favorables. Klapp emplea un aparato especial, pero el exponente, que carecía de él, lo improvisó del siguiente modo: en la parte estrecha de un embudo de cristal enchufó un tubo de goma, y el otro extremo de este tubo en un aspirador Potain, ó en su defecto en una jeringa de cura. Con ésta ó con aquél se hace enrarecer el aire del embudo aplicado á la superficie fistulosa de la mama. De este modo practicó sesiones diarias de media á una hora de duración.

Con el método de Bier puro se hace una hiperhemia por éxtasis (*stannghiperhemie* de los alemanes), en tanto con el procedimiento de Bier-Klapp se produce una hiperhemia por aspiración *sanghiperhemie*).

Estudia después el mecanismo íntimo de los efectos producidos y las teorías expuestas hasta hoy para interpretarlos.

Oftalmoplejías. — El Dr. Salas Vaca: Entre los ejemplares que fueron presentados en sesiones anteriores referentes á distintas localizaciones anatómicas de las parálisis oculares, ofrece verdadero interés una de las enfermas, que observada por los Sres. Académicos pudieron comprobar

una lesión unilateral de la base que, afectando el óculomotor común del lado derecho, sin respetar ninguna de sus ramas, se acompañó de gran midriasis paralítica; cosa poco frecuente cuando se trata de una lesión nuclear progresiva crónica que, como en uno de los enfermos ocurría, la midriasis es siempre mediana y de marcha progresiva como los demás síntomas paralíticos. De estos dos enfermos se hace sólo mención para poner de relieve su diferencia diagnóstica por la sintomatología visible.

El tercer caso, el más interesante de todos y al que ha de referir su comunicación, es un niño de tres años de edad, sin antecedentes patológicos por parte de los padres, habiendo perdido dos hermanos de convulsiones y ataques á la cabeza; el enfermo ha padecido, entre otras afecciones de la infancia, un sarampión reciente. En noviembre pasado se notó en el enfermo dificultad motora de la mano y brazo izquierdo, hasta el punto de quedar imposibilitado de marcha y prehensión; síntomas que á los pocos días se completaron con fenómenos de parálisis ocular del ojo derecho. Cuando Salas le observó presentaba hemiplegia con brazo péndulo, marcha difícil arrastrando la punta del pié, reflejos exaltados, integridad sensitiva. Paresia completa del motor ocular común derecho en su inervación extrínseca, quedando indemne la pupila con integridad de reacción á la luz, acomodación y acción medicamentosa. Todo el síndrome se acompaña de una manifiesta paresia del facial inferior del lado izquierdo. La visión es normal y la reacción eléctrica no presenta alteración manifiesta.

La complejidad sintomática que produce una lesión encefálica originando un síndrome de hemiplegia con parálisis ocular del lado contrario, despierta la idea de la asociación paralítica de localización pedunculer ó síndrome de Weber; pero en él resultan lesionadas las fibras motoras de las extremidades antes de su cruzamiento; las del motor ocular comúu, después de este cruzamiento, cuando reunidas ya se agrupan formando las fibras radiculares interpedunculares, produciéndose en todos los casos, por pequeñas que sean las lesiones, la parálisis completa del motor ocular común en el mismo lado de la lesión. El no ocurrir los fenómenos en el caso observado y la asociación rara de la parálisis del facial inferior en el lado de la hemiplegia, hace desechar el síndrome en cuestión, por muy atípico que pudiera presentarse.

Ni en la corteza cerebral, recordando la probable meningitis responsable de la muerte de los hermanos, puede existir una lesión responsable del cuadro morboso que intentamos interpretar, puesto que, si bien la hemiplegia con su asociación paralítica del facial del mismo lado pudiera explicarse por ella, no habría argumento fácil en que apoyar la parálisis unilateral completa del motor ocular común, dado que las oftalmoplegias de origen cortical son síndromes paralíticos asociados.

De igual modo hemos de desechar la lesión en la base, porque en estos casos, por el hecho de afectarse el nervio formado ya, puede ser unilateral, pero siempre completa, afectando todas las ramas de distribución periférica, cual ocurre en uno de los enfermos presentados.

En la región nuclear del óculomotor, *porción tegmental* del pedúnculo, al nivel de los tubérculos cuadrigéminos próximos á la línea media y al acueducto de Sylvio, hemos de buscar las lesiones, que destruyendo porciones

aisladas del núcleo, respetando otras, sean las responsables del síndrome de este enfermo.

Siendo esta región la predilecta de las encefalitis hemorrágicas y adaptándose el enfermo al tipo superior de esta lesión, no halla inconveniente en incluirle entre las poco frecuentes oftalmoplegias de Wernicke. Entre los síntomas de foco que producen estas lesiones figuran en primer término las parálisis oculares sin regla determinada, que presentándose desde el principio ó después de los primeros síntomas de la enfermedad, pueden afectar á cualquiera de los motores oculares con predominio de alguna de sus ramas periféricas, dejando indemne en algunas circunstancias el músculo ciliar y el esfínter del iris, acompañándose, por el contrario, de hemiparesia de las extremidades y del facial inferior del lado opuesto.

La diferenciación entre esta forma que estudiamos, la de Strummpell y la infección bulbar se establece por los síntomas de irritación, convulsiones curadas, contracturas y movimientos coréicos preparalíticos de hemiplegias y completas monoplegias; y con la segunda por los trastornos disártricos, de deglución, laríngeos, parálisis del velo y nervios faciales que caracterizan la forma bulbar.

Los factores etiológicos que integran la oftalmoplegia de Wernicke, si bien hay que buscarlos en las alteraciones vasculares lentas que producen las intoxicaciones, no dejan de intervenir las endocarditis, ligadas á las afecciones agudas, entre las que el sarampión, sufrido por este enfermo, puede ser responsable.

El Dr. *Mansilla* dice haber observado que en la sesión anterior el doctor Fernández Sanz, y en ésta el Dr. Salas, llaman oftalmoplegia á la parálisis de cualquier nervio motor del ojo, y cree él que esto es un error; para que haya oftalmoplegia es preciso que estén paralizados dos nervios de un ojo, ó de cada lado. Este es el clásico concepto, y el que se debe seguir.

El Dr. *Sterling* lamenta que el Dr. Salas no haya dicho cómo ha explorado á este enfermo, si con vidrios rojos, para ver si la parálisis es homónima, etc. Explica la manera de hacer estas exploraciones en la Clínica de Lapersone. Respecto al tratamiento, dice que como la parálisis del motor ocular común es de origen sifilítico casi siempre, ha debido dar tratamiento mercurial.

El Dr. *Sanz Blanco* se declara conforme en un todo con el Dr. Salas. Dice al Dr. Sterling que el objeto de todos los procedimientos es averiguar cuál de los dos ojos es el enfermo, y tratándose de un niño de tres años es imposible obtener datos acerca de cuál es la imagen coloreada, etc., etc.

Cree que es peduncular el sitio de la lesión, y afirma que los casos de parálisis de Wernicke se acompañan, como éste, de parálisis del facial inferior y son ocasionados por el sarampión ó la escarlatina.

El Dr. *Fernández Sanz* interviene para recoger las alusiones del doctor Mansilla. Este señor, dice, ha hecho hincapié en la cuestión de saber á qué debe llamarse oftalmoplegia, y sostiene lo de los dos músculos que Brunner dijo en 1858. Etimológicamente, la palabra oftalmoplegia significa parálisis ocular, sin especificar número de músculos; además, todos los autores modernos la emplean ya en este sentido, y no hay para qué retroceder á lo que se afirmaba en 1858.

El Dr. *Salas* es de la opinión del Dr. Fernández Sanz respecto á la denominación de oftalmoplegia en el amplio sentido que hoy se acepta. Respecto á Sterling, dice que hablando á una Academia, creyó que bastaba decir el hecho observado, sin explicar cómo lo averiguó, siendo las parálisis oculares un hecho que todo el mundo sabe explorar bien. El esquema y el método de los cristales coloreados, expuesto por Sterling, está también en la mente de todos.

Si no empleó el tratamiento mercurial, fué porque creyó y cree que no se trata de lesión sifilítica, según claramente expuso.

Un caso de sección del nervio mediano.—El Dr. *Gayarre* presentó un caso vulgar en sí, pero que resultó interesantísimo por la admirable maestra exposición que de él hizo el disertante. Un hombre que recibió una puñalada en el antebrazo, que produjo como resultado la parálisis de la tercera falange del índice y pulgar, la pronación de la mano y toda la zona de distribución del nervio mediano. Este enfermo había sido operado pocos días antes de hoy por el Dr. Goyanes, que hizo la sutura del nervio.

Con motivo de este caso, hizo Gayarre una minuciosa investigación de toda la zona inervada por este nervio, examinando la resección de degeneración de los músculos que inerva, del estado de la sensibilidad, haciendo notar que la sensibilidad superficial estaba abolida, pero que la profunda persistía en parte: explicóse este fenómeno, recurriendo á hechos fisiológicos actualmente en estudio, á propósito de la conductibilidad sensitiva de los nervios motores y del simpático, y estudió las hipótesis de un notable neurológo inglés que ha escrito una voluminosa obra acerca de esto, y que para comprobar y estudiar los hechos que en ella expone, se hizo seccionar su nervio mediano, con lo cual no está de acuerdo el caso suyo.

Habló después de las teorías para explicar la *restitutio ad integrun*, y dijo que aún no está devuelta la función del nervio en este caso, porque para ello se necesitan de cinco á diez meses. Lo primero que reaparece es la sensibilidad, después la motilidad, y por último, la excitabilidad eléctrica del nervio. Todo esto empleando la electricidad, el masaje y los baños, para oponerse á la atrofia muscular.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 16 de Mayo de 1906.

Dos casos de muerte habitual del feto. — El Dr. *Botella* dice que ha traído, para que puedan examinar los señores socios, unas preparaciones de placentas, que son interesantes por los conceptos que va á exponer.

Se trata de dos casos de muerte habitual del feto, y aunque desgraciadamente no son muy raros estos casos, hace interesante este asunto el que en muchas ocasiones no sepamos la causa á que eso obedece y á que la patología de la placenta esté por hacer.

El aportar, aunque sólo sea un grano de arena al estudio de este asunto, le ha animado á daros cuenta de sus trabajos. En uno de los casos se trata

de una señora que ha pocos días ha tenido su octavo parto. Los siete anteriores terminaron con la expulsión de fetos de término, muertos, que por los síntomas observados por la señora y lo poco avanzado de la maceración, remontaba su muerte á tres ó cuatro días. Sólo uno nació vivo, el que hacía el número seis, y éste nació con enfermedad azul, viviendo sólo treinta y seis horas.

Ni la señora ni su esposo tienen antecedentes sifilíticos, ni nada que pueda hacer sospechar esta infección; son personas sanas y bien constituídas, y no existe ninguna de las causas que suelen ocasionar muertes del feto, ni el alcoholismo, ni tuberculosis, ni enfermos de corazón; los embarazos son buenos. Como, á pesar de la falta de datos por parte de los padres, los fetos eran voluminosos, de cuatro kilogramos y más, las placentas de los que yo pude examinar, ó sean sexto y séptimo, eran grandes, hipertróficas, y determiné provocar el parto antes de la época habitual de la muerte del feto y someter la señora de que trato á un régimen específico. El marido consultó con el Dr. Gutiérrez, nuestro querido consocio, y estuvo conforme. La embarazada ha estado sometida unos dos meses á tratamiento mercurial y de yoduros, y á los nueve meses justos de su último período, asegurándome de que el feto estaba vivo, provoqué el parto, primero con gasa glicerinada, taponando el cuello é insinuándolo entre las membranas y el segmento inferior. No provocó esto sino ligeros dolores, y al día siguiente introduje una sonda bien desinfectada entre las membranas y el útero, y la hice tomar un gramo de sulfato de quinina en dos sellos; á las doce horas próximamente dió á luz un feto vivo masculino, de 3.750 gramos de peso y presentando una hipertrofia del timo, que nos alarmó los dos primeros días, pues en ciertas posiciones le producía accesos de asfixia. Todo fué cediendo, y hoy este niño, que tiene treinta y tres días, se va desarrollando y sólo presenta unas lesiones en la raíz ungual de varios dedos, que por parecerme de índole sifilítica he aconsejado lo vea el doctor Azúa, cuya competencia en esta materia es de todos conocida. Por torpeza de las criadas, no os puedo presentar preparaciones de la placenta última, que, microscópicamente, tenía el mismo aspecto que la anterior, de la que son los cortes que habéis visto.

Deseando conocer la opinión de persona competente en histología, ha tenido la bondad de ver estas preparaciones el Dr. Sala, y he aquí su parecer: 1.°, la sangre de los vasos y senos maternos presenta gran abundancia de fagocitos, solicitados probablemente por alguna substancia quimiotáxica positiva (¿toxina?); 2.°, el tejido placentario materno con gran multiplicación de núcleos de las células conjuntivas y disminución del calibre de los vasos; 3.°, vellosidades coriales que presentan las siguientes alteraciones: *A*, tejido del estroma con gran cantidad de núcleos, muy denso. *B*, sincitium con tendencia á despegarse del tejido subyacente. *C*, en algunos sitios el corte de los vasos de las vellosidades deja ver aumento también de fagocitos. *D*, retracción general de los senos maternos, presentando escasa amplitud en relación á la mata de vellosidades. Me parece notar, además de esas lesiones, que el revestimiento sinsicial de las vellosidades es más completa de lo que á término se ven en placenta normal, tomando los núcleos la coloración muy fuerte y las vellosidades un

poco más grandes, existiendo tanto en los senos como en los vasos gran cantidad de sangre, como si existiera éxtasis sanguínea.

Como véis, no son los caracteres que se asignan á la placenta sifilítica. Según Fraenkel, si es de origen paterno, las vellosidades son las solas atacadas, están degeneradas y llenas de granulaciones que producen la obliteración de los vasos; si es materna, las lesiones son las de endometritis gomosa. Sinety cree encontrar siempre en la placenta sifilítica, la hipertrofia y la degeneración fibrosa de la vellosidad é islotes caseosos.

El segundo caso tiene la historia siguiente: señora de cuarenta y dos años, sin antecedentes específicos, artrítica y de familia toda con diversas manifestaciones de artritismo. Su médico de cabecera, persona muy competente, cree que su corazón no es un órgano completamente sano, aunque no tenga soplo ni alteraciones de sus ruídos, su circulación no es enteramente fisiológica. Primer embarazo, terminado por aborto de cuatro meses. Segundo embarazo, albuminuria y expulsión á los ocho meses de un feto muerto. Persistió la albuminuria en pequeña cantidad algunos meses, desapareciendo después completamente. El último embarazo fué normal; no se encontró albúmina, ni por el calor ni por el reactivo de Esbach, en los múltiples análisis que se hicieron. Los latidos del corazón fetal permanecieron normales hasta seis días antes del parto, que fué la última vez que la auscúlté. Fuí avisado, por empezar á sentir los primeros dolores, y al reconocerla no pude encontrar los latidos fetales; esto, unido á que, según manifestó la parturiente, hacía tres días no sentía los movimientos del feto, me hizo diagnosticar su muerte.

Parto de un feto muerto y con maceración incipiente, pequeño, y no tuvo apenas líquido amniótico, placenta pequeña y sembrada de infartos blancos.

Al examen microscópico, según el Dr. Sala, se observa lo siguiente: las arterias uterinas en la serotina presentan como modificación esencial la formación de tres capas distintas, que, á partir de la luz del vaso, son una interna, limitante, constituída de tejido denso donde predominan las fibras conjuntivas y escasean los núcleos; otra zona subyacente que podremos llamar intermedia, donde el tejido presenta grandes espacios lacunares, infiltrados de materia plasmática, y otra más extensa en que el tejido va paulatinamente apretándose, y podía llamarse zona externa ó de resistencia, porque probablemente ese es su papel; resiste el empuje del plasma extravasado haciendo sentir el contragolpe sobre la pared del vaso que, apretado entre la capa intermedia y el líquido sanguíneo por dentro, se condensa y forma esa capa de tejido apretado. Avanzando el fenómeno, se observan las siguientes modificaciones: 1.ª, va haciéndose más densa y apretada la zona intermedia ó de infiltración, y por fin queda el vaso obstruído y el tejido de la serotina en una masa esclerosada.

Las vellosidades coriales tienen una infiltración ó edema visible, especialmente por la esponjosidad del tejido corial; el sincitium muéstrase muy adherido al tejido subyacente y forma con el substratum inmediato una capa periférica á la vellosidad, que resalta como una cáscara en los cortes de las vellosidades.

Como véis, el aspecto macroscópico y en algunos caracteres del microscópico, parece una placenta de nefrítica, pero en una embarazada que

nunca presentó albúmina por los medios de investigación que he citado, claro que no se puede negar que existiera alguna albumosa que podía haber precipitado con otros reactivos; pero como no se notara ningún fenómeno que me pusiera en guardia, me contenté con los clásicos de Esbach y el calor. Estos cortes, que espero reconozcáis y me déis vuestro parecer, los he creído interesantes para ayudar, aunque sea poco, al esclarecimiento de las causas de la muerte habitual del feto; que si cuando se trata de una sífilis obtenemos resultados tan brillantes como seguramente habéis obtenido en clientes vuestros, y yo también podría citaros casos notables, no sucede lo mismo cuando desconocemos la causa ó ésta no podemos combatirla.

El Dr. *Recasens* felicita al Dr. Botella por haber traído á la Sociedad Ginecológica un tema tan interesante, como es el de la anatomía patológica de la placenta, ya que sobre constituir estos asuntos especulativos, estudios verdaderamente científicos, elevan el nivel de las discusiones de la Sociedad, huyendo de enojosos personalismos.

Del examen que ha realizado de las preparaciones histológicas presentadas por el Dr. Botella, no puede sacar deducciones concluyentes sobre la naturaleza del proceso que ha determinado en la primera historia relatada, la repetición de los partos prematuros, lamentándose que las preparaciones histológicas hayan recaído en las porciones de placenta más próximas al amnios y no en el punto correspondiente á la serotina, que es donde las lesiones sifilíticas se observan con mayor intensidad. Cree que las lesiones que en las placentas determina la sífilis, son de diferentes especies, y que si bien las lesiones descritas por los clásicos como esclerósicas, son muy frecuentes, no son las únicas, sino que, como ha observado Frassi, Fraenkel y otros, la atrofia de las estructuras deciduales es un fenómeno que se observa con gran frecuencia y que á ello es debido la muerte prematura de los fetos en las mujeres afectas de esta enfermedad, en tanto que las lesiones esclerósicas con destrucción del sincitium y de la capa celular de Langhaus, son las determinantes de las adherencias placentarias que obligan á practicar en muchas ocasiones el alumbramiento artificial.

En la preparación histológica presentada por el Dr. Botella, no reconoce más lesiones que el desprendimiento á modo de colgajo de algunas masas plasmodiales, pero advirtiendo que él ha observado este mismo fenómeno en preparaciones de placentas completamente normales, por lo que no se atreve á darles en este caso una significación patológica; la existencia de leucocitos polinucleados los considera, al igual que el Dr. Botella, como indicio de una defensa antitóxica del organismo.

Del segundo caso presentado por el Dr. Botella, dice que no puede hacer observaciones por no haber tenido tiempo de examinar la preparación, pero reconoce la exactitud de la interpretación dada por el distinguido tocólogo disertante, dados los caracteres anatomopatológicos descritos.

El Dr. *Botella* da las más expresivas gracias al Dr. Recasens por las muy benévolas frases que ha tenido para su modesto trabajo, hijas de la amistad que le profesa, y á las que sabe corresponder.

La preparación, dice, que ha examinado es efectivamente de la cara fetal de la placenta, pero hay otras más profundas hasta alcanzar la serotina, y las lesiones son las mismas.

Corio-epitelioma típico. — El Dr. *Gutiérrez* presentó unas preparaciones microscópicas de corio-epitelioma típico, muy curiosas por la historia clínica que las motivó, y de gran enseñanza respecto á la génesis de dicha producción patológica.

El caso se refiere á una cliente del Dr. D. Ruperto Sánchez, socio de la Ginecológica; dicha señora, de cuarenta y cinco años de edad, casada y residente en Madrid, ha tenido seis partos completamente normales, como los puerperios, habiendo lactado á todos sus hijos. El último parto tuvo lugar hace ocho años (el 20 de julio de 1898).

Recuerda bien, y lo mismo el médico que la asistió en su trance, que en todos fué espontánea y completa la expulsión de la placenta.

Nunca tuvo abortos. Sus reglas desaparecieron hace seis años, pero en distintas épocas ha venido notando desde entonces que, sin regularidad, pierde pequeñas cantidades de sangre, repitiéndose últimamente las manchas cada diez ó doce días, sin que por ello se haya resentido el estado general de la enferma ni se hayan presentado dolores.

Hace dos meses consultó con el Dr. D. Ruperto Sánchez, quien pudo apreciar que el cuello uterino estaba muy dilatado, pero sin que ofreciera degeneraciones ni trastorno alguno el hocico de tenca, ni ulceraciones, ni el cuerpo uterino estuviera excesivamente aumentado de volumen. Entonces propuso y practicó un raspado, llevando al laboratorio algunos productos del mismo para su análisis. El Dr. Durán, jefe del laboratorio del Instituto Rubio, hizo algunas preparaciones de las pequeñísimas partículas que le remitió el Dr. Sánchez, y pudo notar con gran extrañeza que éstas contenían elementos coriales en diversos estados, por cuyo motivo quiso conocer la opinión del Dr. Gutiérrez; éste examinó dichas preparaciones, y quedó no menos sorprendido que el Dr. Durán, al comprobar la existencia de un corio-epitelioma típico. En efecto; recomienda todos los cortes que presenta al examen de los señores socios: se ven numerosas vellosidades, unas cortadas al través, otras más ó menos oblícuamente, que en unos puntos ofrecen una constitución histológica completamente normal, con su capa de Langhaus intacta en casi todo su contorno, iniciándose en otros una proliferación que duplica y aun triplica la línea de los elementos celulares, pareciendo en algunos como que se verifica la transformación de éstas en sincitium, que, por lo demás, no se observa como formando la capa externa de la vellosidad, cual sucede en las placentas jóvenes. En el interior de ésta aparecen en unos sitios numerosas vacuolas formando la trama, en cuyas mallas se ven numerosas células conjuntivas; en otros puntos, la proliferación de los elementos celulares es tan considerable, que llena por completo el interior de la vellosidad, habiendo sufrido efracciones la capa de Langhaus y aun desaparecido en absoluto, permitiendo la proliferación excéntrica y la diseminación de sus elementos aislados, ó por grupos ó masas que en abundancia se ven en todo el campo de la preparación. Estas vellosidades, en diversas fases de evolución, están separadas por un substratum formado por elementos sanguíneos, y en el cual se destacan también agrupaciones celulares desprendidas de la capa de Langhaus, constituyendo nódulos más ó menos grandes (y esto es lo notable del caso) que, en determinados sitios, llega á adquirir proporciones considerables.

Estos nódulos, por la disposición de los elementos celulares, que toman la forma poliédrica, y por los caracteres de la substancia intercelular, representan el tipo del epitelioma.

El Dr. Gutiérrez presentaba el caso como una curiosidad científica, pues datando el último embarazo de esta señora de ocho años, no es fácil explicar cómo han permanecido dormidos tanto tiempo estos elementos coriales en la trama del tejido uterino para evolucionar al cabo en el sentido de la malignidad que acusan estas preparaciones. Las estadísticas de todos los autores relacionan la aparición del neoplasma maligno, llamado deciduoma maligno por unos, sincicioma por otros, placentoma maligno por algunos, y corioma y corio-epitelioma, que es la denominación que cuadra al caso presente, con el embarazo (parto ó aborto) y con la mola hidatiforme; pero la fecha de aparición con respecto al embarazo, suele ser en dichas estadísticas de dos meses á dos años, cuando más, ó dos y medio.

¿Influiría en este caso la menopausia por los mismos motivos que lo hace en las demás producciones malignas del útero?

El hecho positivo es que en la matriz de esta señora se han encontrado vellosidades coriales y, procediendo de la proliferación de los elementos celulares de la capa de Langhaus, existen también nódulos epiteliomatosos. Y como este hallazgo hace suponer que el proceso está en plena evolución maligna, aunque no sea posible afirmarlo en absoluto, el tratamiento que se impone es la histerectomía vaginal seguida del examen macro y microscópico del útero, como caso más que agregar á los muchos publicados, y más curioso por las circunstancias que en él concurren y que son excepcionales.

El Dr. Sánchez (D. Ruperto): Los datos necesarios para completar la brillante exposición del caso de corio-epitelioma, aquí traído por el doctor Gutiérrez, son los que se refieren á los recogidos por mí en el acto del raspado del útero; éstos son los siguientes: el cuello estaba dilatado hasta el punto de permitir hacer el raspado, sin previa dilatación, con laminaria, ni ayudarse de los tallos de Hegar, permitía la entrada en la matriz del dedo índice, y por allí sin dificultad penetró la legra. Al menor contacto este cuello daba sangre, pero procedía del orificio uterino, no de la parte exterior. La matriz era grande (siete centímetros y medio) para lo que corresponde á una menopáusica, y descendía poco y mal al hacer tracciones con las pinzas. Las paredes del útero eran gruesas y el raspado pudo hacerle con bastante detenimiento y raspando bastante, á pesar de lo cual sólo salieron pequeñas partículas envueltas en los coágulos, que después de bien lavados recogió para llevarlos al examen microscópico, y cuyas preparaciones histológicas han servido de base á la hermosa conferencia del doctor Gutiérrez. Después del raspado la enferma ha continuado bien y piensa aprovechar la enseñanza del caso en beneficio de la enferma, haciéndola la histerectomía.

El Dr. *Recasens* se complace en tomar parte en la discusión del interesante caso presentado por el Dr. Gutiérrez, ya que la observación de una preparación histológica como la que acompaña á la descripción del caso presentado, reviste los caracteres de una verdadera rareza anatomopatológica.

Que la preparación corresponde á un corioma, no cabe la menor duda,

pues no hay en el organismo normal ningún tejido que pueda confundirse con las vellosidades que en él se observan; la integridad de la capa celular de Langhaus que forma en algunas de las vellosidades que en la preparación se observan una capa verdaderamente continua, envolviendo á una masa epitelial con sus células poliédricas características, con sus núcleos perfectamente teñidos, cree que pueden permitir la aseveración que el corioma es una neoplasia de origen exclusivamente ovular, ya que la integridad de la capa de Langhaus demuestra hasta la evidencia que la proliferación es endovellosa y que ninguna parte pueden tener los tejidos deciduales en su producción. La falta de elementos conjuntivales en el centro de la vellosidad, le hacen ver una relación entre este proceso y el molar, ya que así en el uno como en el otro es la atrofia y la disolución del tejido conjuntivo el que precede y acompaña al proceso de proliferación epitelial. Cree asimismo que la pieza presentada en la sesión de hoy, como otras que tiene el Dr. Recasens en su colección, permiten afirmar la naturaleza epitelial de las células de Langhaus, desechando la idea sustentada por algunos de considerarlas como del tejido conjuntivo modificadas en su forma. La disolución del tejido conjuntivo del centro de la vellosidad se ve bien en algunas de las que se observan en la preparación presentada por el doctor Gutiérrez, hasta el punto que al observar dicha preparación creyó el Dr. Recasens que podría tratarse de una mola hidatiforme; el examen de otras vellosidades hízole modificar el concepto diagnosticando un corioma, diagnóstico que corroboró la historia del caso expuesto por el Dr. Gutiérrez.

Si el corioma es benigno ó maligno, no se atreve á afirmarlo de modo categórico, pero atendiendo á la edad de la enferma y al carácter decididamente maligno que tienen las neoplasias epiteliales, no vacila en aceptar la indicación de la histerectomía propuesta por el Dr. Gutiérrez, ya que según su opinión, practicándole la operación por vía vaginal, tiene un 99 por 100 de probabilidades de curación, evitándole el peligro que representa el esperar, ó sea de llegar después tarde á la misma.

PERIÓDICOS

Un caso de pielocistitis tratada por el helmitol. — El Dr. Benjamín Romo publica en *La Clínica Moderna*, de Zaragoza, el siguiente caso:

«C. B., casado, de sesenta años. Sin antecedentes morbosos en el aparato urinario, recuerda tan sólo que hace algún tiempo notaba frecuentes ganas de orinar, con ligero escozor al final de la micción, que atribuía á la alimentación especiada de ciertos días ó á ligeros excesos en el uso de bebidas alcohólicas. Un día después de haberse acostado sin novedad, despertóse súbitamente con deseos de orinar, pesadez en el bajo vientre y ligeros escalofríos.

La retención de orina era completa y después de varios ensayos infructuosos, se acentuaron los dolores hipogástricos, extendiéndose hacia la re-

gión lumbar y sacrocoxígea. Se aplicaron de momento cataplasmas emolientes en el hipogastrio, baños generales y semicupios calientes, y en vista de la inutilidad de estos medios se procedió al cateterismo de la uretra por medio de una sonda Porges núm. 10, con todas las precauciones de antisepsia necesarias en estos casos. Sonda permanente. Dieta láctea. Se prescriben al enfermo unos paquetes con salicitato de fenol (salol), 0'50 centígramos; benzoato de sosa, 0'50 centígramos; bicarbonato sódico, 0'50 centígramos de tres á cuatro paquetes al día.

A los tres días el enfermo no acusa dolores: sigue orinando por la sonda fija. Análisis de la orina. Gran cantidad de glóbulos de pus. Algunos hematíes. Reacción alcalina. El examen bacteriológico demuestra la presencia de estreptococos.

Se diagnostica de *pielocistitis aguda con prostatitis.*

Dos días después se retira la sonda fija. El enfermo pasa veinte horas sin orinar. Se procede de nuevo al cateterismo. La orina eliminada es turbia y sanguinolenta. El olor, fuertemente amoniacal. Se acuerda retirar la sonda permanente para evitar el contacto de la mucosa de la vejiga con el instrumento. La retención urinaria sigue siendo absoluta.

Se sustituyen los paquetes *benzoico-salolados* por la esencia de sándalo en cápsulas. El enfermo sigue en el mismo estado.

El tenesmo vesical ha aumentado notablemente.

Es preciso sondar al enfermo cada dos horas y la orina eliminada es en pequeña cantidad y con grandes dolores. Hay reacción febril todas las noches, que llega hasta 39° y décimas, escalofríos y pulso pequeño, frecuente y deprimido. Se administran grandes y frecuentos lavados vesicales con líquidos indiferentes ó ligeramente antisépticos (agua hervida ó boricada). Se suprime el sándalo y se prescribe la *urotropina* en cachets á la dosis de 2 á 3 gramos por día.

El tenesmo vesical se acentúa cada vez más. La introducción de la sonda produce violentos dolores y el enfermo la desea y la teme al mismo tiempo. La orina es escasa y presenta los mismos caracteres indicados.

La contracción del cuello de la vejiga continúa y como consecuencia la retención de orina. Se suprime la *urotropina* y el enfermo empieza á tomar seis tabletas de helmitol de 0'5 *gramos.*

A los trece días, seis tabletas de helmitol. Siguen los lavados — régimen lácteo — y administración abundante de líquidos: dos litros diarios de agua de cebada al interior.

Han disminuído las ganas de orinar, así como el tenesmo y los dolores. El análisis de la orina acusa una notable disminución en los glóbulos de pus y desaparición completa de hematíes. Durante una deposición el enfermo ha expulsado una pequeña cantidad de orina espontáneamente.

Los deseos de orinar van siendo menos frecuentes cada vez. No se ha sondado al enfermo más que para los lavados de la vejiga, pues sigue orinando espontáneamente, habiendo desaparecido casi del todo el dolor de la micción.

El aspecto de la orina ha cambiado completamente: el color es claro y el examen demuestra la presencia de una pequeña cantidad de leucocitos; desaparición del pus y reacción casi normal.

Desde esta fecha la mejoría es rápida y la dolencia puede darse por dominada. El enfermo continúa tomando seis tabletas de helmitol hasta los treinta y cinco días de haber empezado la enfermedad, en que se da de alta.

Lo notable de este caso clínico es la eficacia demostrada por el uso del helmitol, pues al segundo ó tercer día de su administración y después de diecisiete días de retención absoluta de orina, el enfermo orinó espontáneamente y el análisis y examen demostró por primera vez una doble disminución en la cantidad de pus, que no se había logrado á pesar de cuantos medios se habían empleado. El enfermo se halla actualmente restablecido del todo y la *restitutio ad integrum* es completa ». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 19 de Junio de 1906.

Tiflocolitis y apendicitis. — El Dr. DIEULAFOY: He sido el campeón más ferviente de la intervención quirúrgica en la apendicitis verdadera, pero me he creído en el deber de levantarme contra los errores operatorios y los de diagnóstico que la histología se encarga de absolver á espaldas de la clínica. Aseguro al Dr. Cornil que tengo en mucha estima á la histología, pero yo no puedo tener en cuenta en la clínica lesiones apendiculares que no constituyen más que una *apendicitis microscópica*, es decir, una falsa apendicitis, una apendicitis *clínicamente inexistente*. La argumentación de los oradores precedentes se ha movido sobre las relaciones que existen entre la tiflocolitis y la apendicitis, y me han opuesto una colección de excepciones á las cuales podría añadir dos nuevos casos. Pero en cambio se pueden citar centenares y más centenares de casos de tiflocolitis mucomembranosa, que han sido seguidos por sus médicos durante muchos años y que nunca han tenido la apendicitis. Recuerdo la estadística de Potain de 103 enfermos de tiflocolitis sin haber padecido nunca la apendicitis, y yo añado una estadística personal de 200 casos de tiflocolitis, entre los cuales no he encontrado ni una sola vez la apendicitis. Es necesario que las numerosas personas que padecen la tiflocolitis y pueden tener una apendicitis, sepan que esta asociación constituye una muy rara excepción. Yo pido á los cirujanos que me digan cuáles son los síntomas que les autorizan á operar una apendicitis microscópica; para mí es imposible diagnosticar una cosa que no existe clínicamente. Mi comunicación creo, en fin, que ha tenido su utilidad, como lo han manifestado con su autoridad los Dres. Le Dentu y Richelot.

Valor del escatol y del indican en la orina. — Los Dres. Darember y Penoy: El escatol y el indican contenidos en exceso en la orina suponen una alteración en las funciones del riñón y del hígado. De 600 orinas examinadas, 18 contenían un exceso de indican azul; de estos 18, 10 pertenecían á albuminúricos con cantidad de albúmina dosificable y 7 á individuos con indicios de albúmina. Por otra parte, de estas 600 orinas, 13 contenían un exceso de rojo escatólico; de estos 13, 7 contenían albúmina dosificable y 4 indicios de albúmina. Por lo tanto, el 95 por 100 de las orinas que contenían un exceso de escatol ó de indican eran orinas albuminosas. Pero como que sólo un cuarto de los albuminúricos observados tenían en sus orinas el exceso de escatol ó de indican, es de pensar que las alteraciones del riñón no bastan para explicar estos excesos pigmentarios. Teniendo en cuenta, por otra parte, que dichos excesos se encuentran en las orinas ictéricas, es lógico pensar que son necesarias para que se manifiesten alteraciones renales y alteraciones hepáticas. Por fin, de nuestras observaciones se desprende que el indican y el escatol urinarios no son debidos á fermentaciones intestinales exageradas.

Un caso de pié de madura nostras. — El Dr. Reynier: Trátase de un caso de pié de madura en un hombre que nunca ha salido de Europa; es el primero observado en Francia y el segundo en Europa. El pié de madura es una enfermedad de los países cálidos, donde los habitantes caminan con los piés desnudos, y está constituído por tumores parasitarios provocados por micetomas. Los agentes descritos son: el micetoma de granos negros y el micetoma de granos blancos, el cual es más frecuente. En el caso que he observado se trataba de un hombre de cincuenta y un años, que estaba sirviendo y que nunca había salido de París. En 1892 le apareció una ampolla en el pié por la que salió un poco de serosidad; le vió el Dr. Danlos, pensó en la sífilis y le aplicó puntos de fuego. Dos años después, el padecimiento fué acompañado de dolores; en 1903 entró en mi enfermería y tenía una ulceración bastante extensa con fístulas numerosas; las articulaciones estaban libres; este tumor hacía pensar sobre todo en la posibilidad de la actinomicosis; pero el tratamiento dió resultados negativos. Hice la amputación por el tercio inferior de la pierna y los huesos estaban absolutamente sanos, al contrario de lo que se observa en la actinomicosis. En medio de los tejidos esclerosados se veían nódulos que contenían en el centro un grano rodeado de pus. Cada grano se encontraba enroscado á modo de los excrementos de las lombrices terrestres, y estaba constituído por un cordón formado por un espeso tejido de tubos de micelio que terminaban por un abultamiento.

El Dr. Laverán: La denominación de pié de madura debería desaparecer y sustituirse por el de micetoma. Estudiando un tumor no ulcerado de esta clase, no he encontrado más que el hongo, y ninguna especie de microbios, contrariamente á la afirmación de algunos autores.

Codina Castellví.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 26 de Junio de 1906.

Apendicitis y gangrena del apéndice como enfermedades distintas. — El doctor *J. D. Malcolm* dijo que en algunos casos de enfermedad del apéndice vermiforme, la lesión inicial es la formación de una placa de gangrena en la pared de esta parte del intestino; este estado se asocia muchas veces con una apendicitis que principia en la membrana mucosa, pero que puede existir independientemente. De una serie de casos de muerte por enfermedad aguda del apéndice vermiforme, en una tercera parte próximamente había perforaciones de su pared sin el menor indicio de localización del padecimiento por adherencias. Respecto al tratamiento, conviene vigilar los casos en los que la inflamación del apéndice principia por su membrana mucosa; pero es imposible operar demasiado pronto ó en los casos de gangrena ó complicados con ella.

El Dr. *Alba Doran* aludió á las causas de gangrena del apéndice, en particular á la obstrucción vascular del meso-apéndice, y citó un caso en el que existían en el meso-apéndice colecciones de grasa que se atribuyeron á la nutrición defectuosa y que originaron la obstrucción arterial.

El Dr. *C. B. Lockwood* cree que en el 85 por 100 cuando menos de los casos, la apendicitis principia por la mucosa. Respecto á la supuesta forma que empieza en el peritoneo, necesitan tenerse pruebas evidentes de que no existen ulceraciones. Es probable que las bacterias infecciosas pasen desde el apéndice por una ulceración superficial de este género y que originen la gangrena. No puede ser considerada como gangrena espontánea. El aumento del número de pulsaciones, de la temperatura y de la leucocitosis, son síntomas que pueden existir en los primeros períodos de la apendicitis.

El Dr. *A. Baldwin* refirió un caso de gangrena de los dos extremos del intestino, en una anastomosis intestinal, y la comparó á la apendicitis gangrenosa, atribuyendo ambas á las bacterias.

Extirpación submucosa de las desviaciones y espolones del tabique nasal. — El Dr. *St. Clair Thomson* dijo que el objeto de esta operación es extirpar el cartílago y hueso que obstruye las fosas nasales en forma de espolones, pero conservando intacta la mucosa en ambos lados. Los resultados inmediatos y remotos de la operación no pueden ser más satisfactorios, porque se evita la deformidad, no se reproduce la obstrucción y se consigue así la curación, que no es posible obtener por otros procedimientos.

(*Se suspenden las sesiones hasta el mes de Octubre*).

(*The British Med. Journal*).— F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 23 de Mayo de 1906.

De la hidroterapia en las enfermedades infecciosas febriles.—El Dr. *S. Munter*, después de hacer una breve reseña histórica de la hidroterapia en los tiempos pasados, y de recordar que dicho método terapéutico no ha venido á desarrollarse de una manera científica hasta que Brandt introdujo el tratamiento de la fiebre tifoidea por el agua fría, hace constar, además, que desde entonces se viene combatiendo la fiebre, y especialmente la tifoidea, con procedimientos hidropáticos los más variados. Pero el éxito que con tales procedimientos se consigue, aunque no puede negarse que es debido en parte á la sustracción del calor, tampoco cabe atribuirlo exclusivamente á este factor.

Sabemos en la actualidad que la elevación de la temperatura orgánica auxilia de un modo muy poderoso á la acción que ejercen las substancias defensivas naturales que posee el organismo; sabemos también que aumenta la alcalinidad de la sangre cuando la fiebre sube de un modo paulatino, pero no cuando asciende de una manera brusca. Esto no obstante, enseña la clínica que la fiebre muy alta ó muy persistente significa para el organismo un grave peligro. De todo esto sacamos la enseñanza de que, en general, la fiebre no debe ser objeto de tratamiento más que en aquellos casos en que es muy elevada ó de mucha duración.

El tratamiento de la fiebre tiene dos objetos: por una parte disminuir la producción de calor; por otra aumentar la emisión del mismo. Este último objeto se puede conseguir mejor que el primero, y precisamente para lograr tal resultado se presta muy bien el tratamiento hidroterápico. Para modificar poco la fiebre sirven las afusiones frías; en los casos de fiebre elevada están indicados los baños frescos; sin embargo, hay que tener presente que estos baños aumentan la producción de calor y que para un enfermo con gran fiebre siempre constituyen un tratamiento muy enérgico, para el que és preciso que esté bien preparado el organismo. De lo contrario se debe ir enfriando gradualmente el baño de 28° á 20° C. También se recomiendan las afusiones frías en el baño seguidas de frotaciones. A los enfermos que se escalofrían con facilidad, les es más conveniente los baños de agua cargada de ácido carbónico. Es innegable que todas estas prescripciones ejercen una influencia favorable sobre el corazón, los vasos y el sistema nervioso, y también sobre los órganos digestivos. La mejoría en la circulación se manifiesta por el aumento en la diuresis, que se observa después del baño. A pesar de esto disminuye la excreción de urea y de ácido úrico, porque se corrige el éxtasis de los órganos y con esto disminuye la destrucción de los tejidos.

El autor termina estudiando extensamente la acción de los baños sobre los diferentes órganos.

Rinoplastia.—El Dr. *J. Israel* refiere que en un enfermo que tenía destrucción total de la nariz á causa de un lupus, consiguió hacer desaparecer la deformidad del modo siguiente: por medio del escoplo talló y sacó de la

tibia un colgajo osteoperióstico, de la misma forma del conducto nasal; ingertó dicho colgajo debajo de la piel del brazo, y cuando ya había prendido bien el ingerto en dicho sitio, transplantó, seis semanas más tarde, un colgajo cutáneo perióstico, según el método italiano, ó sea un colgajo pediculado con el brazo fijado á la cabeza. El éxito obtenido ha sido excelente. El método empleado tiene la ventaja de que no deja ninguna cicatriz en la cara, que proporciona un armazón óseo y que en caso de necesidad puede repetirse. Por todo lo cual cree el autor que es el método del porvenir.—(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 18 de Mayo de 1906.

Esclerodermia. — El Dr. *Arturo Schüller* presenta una joven de veintiún años que, sin antecedentes hereditarios y hallándose al parecer sana, cayó enferma en enero de 1905 con sensación de frío y palidez de las manos y de la cara. Atribuyó esta enfermedad á haber estado trabajando por mucho tiempo en un local frío. En los meses siguientes se presentaron dolores en la espalda y en las extremidades, y la piel de todo el cuerpo se puso morena y en muchos puntos rígida y dura. El peso del cuerpo disminuyó mucho y se suprimió la regla. En diciembre, la dureza de la piel era tal, que casi todo el cuerpo se hallaba rígido é inmóvil. En la clínica de Nothnagel le dieron hasta cinco pastillas de substancia tiroidea al día; con este tratamiento, asociado á los baños y al masaje, se consiguió una ligera mejoría. Desde hace dos meses se encuentra la enferma en la clínica neurológica, donde le dan dos pastillas diarias de substancia tiroidea y le han hecho diez inyecciones intramusculares de fibrolisina. Con este tratamiento ha mejorado mucho el estado de la enferma; ha disminuído considerablente la infiltración rígida de la cara, de los hombros y de los brazos; ha aumentado la movilidad del espinazo y de las articulaciones de la mandíbula y de las extremidades, y ha ganado también el peso del cuerpo. Además no se ve que haya avanzado el proceso en ninguna parte del organismo. Con el examen radiológico se aprecia una atrofia difusa y muy acentuada de los huesos, incluso de aquellos que están cubiertos por piel muy poco alterada. La atrofia interesa más á la substancia esponjosa que á la compacta; es debida á una halisteresis muy pronunciada, conservándose la estructura fina del hueso. Por último, merece citarse el hecho de que existen en este caso el fenómeno de Chwosteck, del facial.

Preparaciones de espirocete pálido. — El Dr. *Salomón Ehrmann* recuerda que hasta ahora se ha encontrado el espirocete pálido en todos los productos sifilíticos, excepto en los gomas terciarios y en la linfangitis primitiva. En vista de esto, el autor, asociado con Reines y Lipschütz, se ha dedicado á examinar el cordón linfático en cuatro sifilíticos. Ahora bien; después de exámenes muy detenidos de varias series de cortes, relativas á dichos casos, han obtenido resultado positivo en dos; sin embargo, difieren algo

los caracteres del microbio de los que se le suelen atribuir, y habrá que achacar tales diferencias á productos de modificación ó en su caso de degeneración del espirocete pálido.

Aneurisma de la cubital. — El Dr. *Hugo de Frisch* presenta una preparación procedente del mismo enfermo, que ya había hecho comparecer el 27 de abril á causa de un aneurisma de la arteria cubital. Este ha sido extirpado, y para prevenir la objeción de que, por tratarse de un hombre de sesenta y cuatro años, el aneurisma había de reconocer por causa la arterio-esclerosis, se sacaran radiografías de las extremidades, y se practicaron varios cortes en serie del trozo de arteria aferente al aneurisma que se extirpó juntamente con éste. Lo mismo estas investigaciones que la exploración muy minuciosa que se ha hecho de todo el aparato circulatorio, no han revelado el menor signo de arterio-esclerosis. Este resultado viene á apoyar la hipótesis, fundada en la anamnesia y en la localización del aneurisma, de que éste debe haber sido producido por traumatismos repetidos con carácter crónico.

Tumor de la porción cervical del espinazo. — El Dr. *Rodolfo Schreiber* presenta un sujeto que ya hizo comparecer hace dos años con un tumor de la porción cervical del espinazo.

Este individuo cayó enfermo por Navidad de 1902 con dolores en el hombro izquierdo, que simularon, durante algunas semanas, una afección reumática. En febrero de 1903 estaban las últimas vértebras cervicales un poco sensibles á la presión, y en la misma zona aparecía algo engrosado el cuello. Los movimientos de la cabeza estaban limitados. Los dolores no tardaron en acentuarse hasta convertirse en neuralgias violentas, que se presentaban, unas veces espontáneas y otras al moverse la mitad superior izquierda ó al girar la cabeza. Todos los cirujanos que examinaron por entonces al paciente diagnosticaron el caso de espondilitis. El tumor, que entre tanto se fué desarrollando rápidamente sobre las vértebras cervicales inferiores, era bastante consistente y claramente fluctuante. Una corbata, lejos de ser tolerada, acentuó los dolores; el paciente se vió obligado á guardar cama. La morfina fué el único remedio que le aliviaba. En el brazo izquierdo se presentaron parestesias, y al poco tiempo una paresia muy acentuada con atrofia notable de la extremidad superior izquierda. Un día se presentaron convulsiones tónicas de todo el cuerpo, después de lo cual quedó por mucho tiempo una debilidad de todo el miembro inferior izquierdo. A todo esto el tumor había crecido rápidamente; mientras en febrero de 1904 el perímetro mayor del cuello medía 36 centímetros, en junio del mismo año había llegado á 44 centímetros. Por este tiempo estuvo el enfermo unas cuatro semanas en la enfermería de Schnitzler, quien ya hacía mucho tiempo que venía pensando en un neoplasma. Pero éste, en vez de reblandecerse como se esperaba, se fué haciendo más duro, hasta adquirir una consistencia ósea. En otoño de 1903 empezaron á calmarse las neuralgias y el tumor ya creció muy poco.

El paciente pudo abandonar el lecho, desaparecieron todos los síntomas del sistema nervioso y el estado subjetivo mejoró de un modo visible. En mayo de 1904 compareció aquí el enfermo. El examen radiológico, hecho entonces por Holzknecht, reveló lo siguiente: en la cara dorsal de la parte infe-

rior de la porción cervical del espinazo se encontró un tumor óseo, casi esférico, del tamaño de un puño; dicho tumor descansaba por su base en los arcos y apófisis espinosas de la porción cervical del espinazo, y en cambio quedaban libres el conducto vertebral, las apófisis transversas y los cuerpos de las vértebras. El tumor contenía en su interior tejido óseo de estructura laxa y estaba envuelto por una cápsula ósea y compacta de espesor variable, que sólo en algunos puntos era muy delgada ó estaba perforada. El estado del enfermo persistió sin ninguna alteración. El tumor desapareció visiblemente sin ningún tratamiento; en un año se redujo el perímetro mayor del cuello de 44 centímetros á 37'8, que es la cifra actual. El resultado del último examen radiológico, hecho en abril de 1906, es el siguiente: Así como hace dos años las últimas cuatro vértebras cervicales estaban envueltas por un tumor constituído por un tejido óseo esponjoso con una cápsula más compacta, tumor á través del cual era muy difícil distinguir las distintas vértebras, del tumor óseo del tamaño de un puño sólo se ve una parte correspondiente en la cara dorsal de este cuerpo vertebral, mientras que ya no se pueden ver con los rayos X las dos partes que rodeaban lateralmente las últimas vértebras. En cambio, las vértebras mencionadas ya no se diferencian ahora, sino que se han transformado en una masa ósea indescifrable, de grandes mallas y esponjosa. Como en la actualidad pueden excluirse lo mismo la caries que un neoplasma maligno, debe tratarse de un neoplasma benigno, probablemente de una forma mixta de tumor de tejido conjuntivo.—(*Wiener klinische Rundschau*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Infartos de la mama. — El Dr. A. Clark ha publicado un trabajo acerca del diagnóstico y tratamiento de los infartos de la mama: 1.° *Neuralgia.* Rara vez se observa infarto, excepto en las mujeres neuróticas jóvenes, las que creen tener un abultamiento mamario. El tratamiento general y el convencimiento de que no se trata de un cáncer, son los únicos medios necesarios. 2.° *Mastitis.* La variedad aguda se diagnostica fácilmente por los síntomas generales febriles. Es puerperal, pero puede observarse en el curso de la parotiditis ó durante la pubertad. La mastitis crónica se diferencia más difícilmente del cáncer. Para hacer el diagnóstico suele ser necesario practicar una incisión exploradora. 3.° *Absceso.* Cuando es agudo su diagnóstico no presenta dificultad alguna. El absceso crónico localizado puede simular por completo un cáncer y exige la incisión anestesiando antes á la enferma. 4.° *Adenoma y fibroadenoma.* El primero está compuesto de tejido mamario puro, y el segundo de una mezcla de tejido mamario y fibroso. 5.° *Quistes.* Son causas frecuentísimas de infartos mamarios. *a*) El galactocele ó quiste lechoso se observa generalmente en las mujeres que amamantan y es un quiste por retención. Su causa más común es una úlcera del pezón. Tiene próximamente el tamaño de una nuez, es movible, de forma redonda, está situada cerca del pezón y es único. Puede desaparecer

espontáneamente y aparecer de nuevo. Está indicado el desagüe después de la incisión. *b*) Quistes de involución, que se presentan hacia la menopausia, y son debidos á la obstrucción de un conducto. Contienen un líquido seroso claro ó pardo rojizo y viscoso. Suelen estar localizados á mayor profundidad que el galactocele y su volumen es muy variable. 6.° *Cáncer*. Existen dos variedades. *a*) Cáncer acinoso ó glandular, y *b*) Cáncer del conducto. Los términos escirro y encefaloide no son usados ya por los patólogos. — (*British Med. Journal*).—F. Toledo.

Necesidad de las dosis elevadas en determinados casos. — El Dr. L. Einis recuerda que la acción de los medicamentos depende mucho de la dosis, aun en personas de la misma edad y sexo, y que en aquellos casos en que, empleado un medicamento á dosis pequeñas ó medias, no produce el efecto apetecido, se debe aumentar la dosis antes de abandonarlo y de pasar á otro.

En prueba de lo dicho, cita el autor los casos siguientes: uno de reumatismo grave, en el que después de muchos tanteos infructuosos, se administró el salicilato sódico, primero á la dosis diaria de 6 gramos y después á la de 9, consiguiéndose con esta última una curación completa; un caso de cefalalgia que, después de haber sido tratado inútilmente con la fenacetina, se curó al fin con este mismo medicamento, con sólo subir la dosis diaria de 15 decígramos á 36; un caso de fiebre intermitente larvada de forma cefalálgica, en el que se estuvo empleando mucho tiempo la quinina sin resultado, hasta que se aumentó mucho la dosis del medicamento, con lo cual se logró una curación completa.

También refiere el autor varios casos rebeldes de pleuresía exudativa, que se curaron con el salicilato sódico á altas dosis, después de haberlo empleado sin éxto á dosis medias y por mucho tiempo. Puede citar también muchos casos de psoriasis, en los que la afección sólo cedió á grandes dosis de arsénico. Por último, refiere varios casos de sífilis de marcha grave que habían resistido por mucho tiempo á un tratamiento moderado, y en cambio se modificaron favorablemente cuando se procedió con más energía.

(*Allgem. Wiener. med. Zeitung*). — R. del Valle.

El hierro vegetal. — En una de las últimas sesiones de la *Sociedad de Biología*, de París, se han ocupado los Dres. Gilbert y Lereboullet de las plantas que contienen hierro en proporción dosificable, entre las cuales merece mención especial el *rumex crispus;* sus raíces tienen, en efecto, la propiedad de fijar del suelo el hierro, que se transforma en la planta en hierro orgánico en estado de combinación poco estable y se acumula, sobre todo, en la raíz; por medio del cultivo, modificando la abundancia de hierro en el suelo, lo que se consigue regándole regularmente con una disolución de carbonato ferroso, se consigue aumentar de un modo considerable la cantidad de dicho metal transformado así en la planta. Las raíces del *rumex crispus* tratadas de esta manera, llegan á contener hasta 15 decígramos de hierro por 100 gramos. Los Dres. Gilbert y Lereboullet han empleado el polvo obtenido de esta raíz, á la dosis de 1 á 3 gramos, en la clorosis, las cloro-anemias y, en particular, en la cloro-anemia tuberculosa y en las anemias sintomáticas. Bajo su influencia mejora casi siempre el estado general, ob-

servándose modificaciones hematológicas importantes. El *rumex crispus*, por su gran abundancia de hierro vegetal en combinación poco estable y por la facilidad con que puede aumentarse merced al cultivo, merece un lugar especial entre los agentes de la medicación ferruginosa.

(*Le Bull. Medical*, núm. 43, 1906).— F. Toledo.

Isopral. — Este medicamento, introducido en la terapéutica por Kraepelin y Nihil, y recomendado recientemente por Ursteni, Muthmann y otros, es un alcohol tricloritopropílico, y según refiere el Dr. Pini ha dado muy buen resultado como hipnótico y sedante en todos los estados psíquicos de excitación en que se ha empleado en la clínica psiquiátrica de Pisa.

La dosis es de 5 decígramos á 2 gramos por día, y se administra en pastillas, sellos ó en disolución alcohólica.

No produce ningún efecto accesorio de mal género ni tampoco se acumula su acción. Esta es notable en los casos de agripnia melancólica, delirio alcohólico, delirio hipocondriaco y estados de excitación de naturaleza epiléptica.

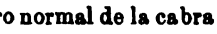
Es digna de notar la acción tónica del medicamento sobre las fibras del corazón, pues gracias á ella se puede emplear, con buen resultado, en los casos de miocarditis degenerativa.—(*Gazz. degli. ospedali*).—R. del Valle.

Propiedades de un suero antitifoidea obtenido de la cabra. — El Dr. Allan Mac Fadyen ha publicado sobre este asunto un trabajo, cuyas conclusiones son las siguientes: La inyección intravenosa de la cabra con los jugos celulares tóxicos del *Bacillus typhosus*, en dosis pequeñas y cuidadosamente reglamentadas, produce una endotoxina activísima, puesto que $^1/_{50}$ centímetros cúbicos del suero, neutraliza 30 dosis mortales de la endotoxina tifoidea; 3 cent. cúb. del suero normal de la cabra no poseen esta propiedad. El suero obra cuando se inyecta simultáneamente, pero por separado de la toxina, y también inyectado al principio de los síntomas tóxicos. La administración subcutánea es asimismo eficaz. El suero posee no sólo propiedades antiendotóxicas, sino también aglutinantes y bactericidas, y su acción es en cierto modo específica, puesto que neutraliza la endotoxina tifoidea, pero no la del cólera.

(*British Med. Journal*, 21 abril 1906). — F. Toledo.

Rapidez de absorción de los medicamentos según la vía empleada para su administración.—De los experimentos realizados por los Dres. Meltzer y Auer con la adrenalina, el curare, la fluorescina y la morfina, resulta que, en general, la absorción por el tejido intramuscular es casi tan rápida como por la vía intravenosa, y muchísimo más rápida que por la subcutánea.

(*Journ. of experimen. med.*).—(R. del Valle.



REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LOCURA CONGESTIVA

POR EL

DOCTOR D. VICENTE OTS Y ESQUERDO

Neurólogo y Mentalista de Madrid.

La doctrina de la unidad etiológica de la parálisis general progresiva, defendida en la actualidad valiente y tenazmente por la mayoría de los mentalistas franceses, parece que va ganando cada día mayores prosélitos y tiende con progresivo avance á dominar en absoluto la noción causal de la peri-meningo-encefalitis crónica, intersticial y difusa, entrevista por Esquirol.

En el último Congreso Internacional de Medicina celebrado en Madrid, vimos á Brissaud convertirse en paladin entusista y convencido de la unidad sifilítica de todas las parálisis generales. No faltaron en aquellas sesiones doctrinas más ó menos antagónicas, como la *emocional* del malogrado alienista Sánchez Herrero.

Mas no siendo mi propósito examinar en la presente nota clínica los conceptos existentes acerca de la determinación causal de esta locura orgánica, voy á limitarme á consignar que la unidad etiológica sifilítica, aprobada recientemente por la Academia de Medicina de París, se encuentra con frecuencia desmentida por la clínica y que ésta nos sugiere en la solución de problemas diagnósticos como el que planteó la necesidad de desenterrar conceptos nosológicos sobre los cuales habíamos colocado la losa del olvido, para poder explicar hechos no razonados y justificados dentro de estas nociones patogénicas.

Sólo de pasada y como objeción seria contra la doctrina de la unidad invocaré el dato aportado por Alrheimer, de que el proceso his-

tológico de la parálisis general se caracteriza por la presencia de plasmazellen y mastzellen en el infiltrado perivascular, mientras que en la sífilis sólo existen linfocitos; y el no menos inconcuso de que existen casos de parálisis exentos de antecedentes sifilíticos en sus ascendientes.

Si, ante estos hechos se invoca el supuesto de que un precedente en el árbol geneológico del paralítico haya sido sifilítico, entonces la discusión lógica y razonada no es posible, porque con sentar la supuesta premisa de que la cromatina de los óvulos de Eva fuesen infectados por la espirocaeta pálida de Schaudin, tenemos la posibilidad de que toda la humanidad puede ser paralítica por previa infección sifilítica.

Y voy ahora á circunscribir mi pluma á la enseñanza clínica que motiva el presente trabajo.

Infinidad de veces he tenido ocasión de observar, en mi práctica particular y manicomial, enfermos que ofrecían todos los síntomas somáticos de los paralíticos generales y que sólo por mostrar los conceptos delirantes de un modo velado y no calcados dentro de esas clásicas características psicológicas de Falret, me hacían vacilar en el momento acerca de la índole paralítica del trastorno mental y afirmar más tarde en la convicción de que tales pacientes debían filiarse en otro grupo distinto de frenopatías.

La evolución del padecimiento vino después en todos estos casos por mí tratados á confirmar este criterio dualista, marchando la enfermedad progresiva y paulatinamente hacia la curación, sin dejar vestigio ni rastro de la pasada perturbación mental.

Podría insertar aquí varios casos de mi práctica demostrativos de este aserto, que no harían otra cosa sino dar mayor extensión á este trabajo, y para no salirme de la concisión en que me propongo desenvolver mi pensamiento, me limitaré á consignar á grandes rasgos una de las historias clínicas más concluyentes.

Hace dos años traté un enfermo de cuarenta años de edad, que sin antecedentes de familia, ni sifilíticos y con el solo precedente de rebelde agripnia y acentuada amnesia, ofrecía la siguiente sintomatología: exaltación física, acompañada de ligera paresia y temblor fibrilar; dificultad en la pronunciación, con fonación algo nasal, y temblor del orbicular de los labios; desigualdad pupilar; excitación sexual; insomnio; locuacidad extraordinaria; agitación incohordinada é inconsciente, que le obligaba á no permanecer quieto un momento, y conceptos delirantes de persecución y negación.

De atenerme en este caso á los síntomas somáticos, ligeramente esbozados, seguramente hubiera llegado á la aceptación del diagnóstico de la parálisis general; pero, como el delirio era lógico y razonado, basado en supuesto morboso y en la perturbación cenestésica sufrida por el paciente y además no revestía ni por asomo la filiación de pueril, móvil, contradictorio é incoherente, de aquí que yo rechazase de plano la existencia de una parálisis general y me afirmase en la convicción de habérmelas con una locura congestiva.

Bastaron tres meses de medicación sedante y revulsiva para devolver la higidez á aquel cerebro y hoy lleva ya cerca de dos años dedicado á su profesión, sin el menor desorden ó alteración intelectual, ni aun siquiera con debilitación alguna de su mentalidad.

Repito que pudiera añadir otros casos prácticos, y considerando demostrativo el expuesto, me abstengo de consignarlos.

La existencia de este dualismo patogénico en las locuras orgánicas fué defendido elocuentemente por Baillarger en el apéndice á la traducción francesa de la segunda edición alemana del *Tratado de Enfermedades mentales*, de Griesinger, y la expresa en los siguientes términos (1): «Es cierto que las locuras congestivas son curables en determinados casos y esta posibilidad de curación constituye un primer hecho, que será invocado más tarde para separarlas de la demencia paralítica primitiva».

Esta noción fundamental en la distinción de un grupo de locuras similares por la apariencia somática con la parálisis general y diferenciada por el distinto pronóstico, ya que su característica evolutiva se marca con frecuencia por una reintegración en la salud mental, condición no observada en la otra locura, ha sido en mi opinión injustamente olvidada en nuestros días, por supeditar en absoluto las dominantes concepciones nosológicas á los dictados y enseñanzas del laboratorio, desdeñando y menospreciando el asesoramiento de la clínica.

No es posible que el progreso de una rama de la medicina, de una especialidad, se realice sólo y exclusivamente por las nuevas orientaciones marcadas por el laboratorio. Es preciso é indispensable que estos nuevos derroteros se hermanen y compenetren con los resultados de la observación clínica, para que el avance sea estable, duradero é inconmovible, porque si uno y otro caminan divorciados

(1) *Traité des Maladies Mentales*. Griesinger, París, 1865, pág. 786.

y aislados, cábenos la casi segura probabilidad de no lograr una positiva conquista beneficiosa á la salud del paciente, única demanda que la humanidad doliente reclama de nosotros.

Así pues, yo estimo y afirmo que es necesario en nuestros días el hacer resurgir la doctrina de Baillarger y conceder un puesto aislado en la nosología frenopática á sus locuras congestivas, si pretendemos librarnos de un seguro fracaso pronóstico, porque confundidas dentro del criterio de la unidad etiológica sifilítica, con un grupo de frenopatías incurables y además mortales en breve plazo, es positivo que la ulterior marcha de la enfermedad contradirá nuestras afirmaciones pronósticas.

No negaré que entre las locuras congestivas y la parálisis general, existen muchos puntos de contacto y diversos lazos de unión. El primer período de esta última enfermedad, y especialmente en las que revisten la forma maniaca ó de excitación maniaca, hállase marcado por una fase esencialmente congestiva. Ya Doutrebente indicó á mediados del siglo pasado que las *congestiones cerebrales* en los ascendientes se traducen en los descendientes por la determinación de la parálisis general. En el Congreso de Copenhague de 1884, demostró Regis la existencia de lesiones orgánicas cerebrales en los ascendientes de la mayoría de los paralíticos. Y podría añadir otros datos y observaciones demostrativos del parentesco existente entre ambas locuras, acerca de los cuales no insisto por considerar sobrados los expuestos.

De todos modos, é independientemente de este lazo de unión, demuestra la clínica la imprescindible necesidad de individualizar en territorios nosológicos no conexos estas dos formas de afecciones mentales, y que esta distinción es importante y conveniente para el clínico, bien probado queda con lo indicado anteriormente.

Para terminar, sólo consignaré á modo de conclusión, que precisa reservar en las clasificiones psiquiátricas un puesto independiente á la locura congestiva de Baillarger, para no desmentir las enseñanzas de la observación clínica.

HEMILARINGECTOMÍA POR CÁNCER LARÍNGEO

POR EL

DR. D. LUCIANO BARAJAS

Oto-rino-laringólogo de la Beneficencia Municipal de Madrid.

Tiempo hace que el tratamiento quirúrgico del cáncer laríngeo va tomando en España sólida cimentación, comenzada con grandes alientos por mi querido maestro D. Federico Rubio en el último tercio del siglo anterior, y continuada bastante posteriormente por los laringólogos y cirujanos modernos Dres. Sota y Lastra, Cisneros, Botey y algún otro que sentiré no recordar, imponiendo sus firmes convicciones científicas contra el anatema general, que sólo consideraban estas intervenciones como temeridades quirúrgicas.

Aunque es un hecho indiscutible para los laringólogos la necesidad de las intervenciones prontas en los tumores malignos del órgano fonético, voy á molestar brevemente la atención de los lectores de la REVISTA con un caso clínico que demuestra una vez más las ventajas de estas intervenciones en enfermos que fatalmente están condenados á sucumbir y que pueden sustraerse de tan infausto destino si el médico general les aconseja sabiamente una intervención quirúrgica tan pronta y extensa como sea necesaria.

La enferma objeto de esta historia clínica (1) es una muchacha de veinticuatro años de edad, natural de Córdoba, mal nutrida desde niña, con la triste herencia de haber muerto sus padres tuberculosos, de treinta y cuatro y treinta y seis años respectivamente, con perturbaciones de gran intensidad en su aparato respiratorio; obligándola á permanecer largas temporadas en el campo, pues en el momento en que volvía á la ciudad volvían á presentársele todo el cortejo de síntomas alarmantes, de tos, expectoración, cansancio y desnutrición, que ponían en grave riesgo su desmedrada naturaleza.

Posteriormente la ronquera, como síntoma insólito, fué tomando extensas proporciones, hasta que, coincidiendo con la aplicación de un cáustico, aquélla se acentuó de un modo más pertinaz é intenso.

(1) Fueron presentadas la paciente y la pieza anatómica con sus preparaciones histológicas correspondientes, en la sesión del 29 de marzo de 1906 del Ateneo Médico Farmacéutico Municipal.

En tal estado se trasladó á Madrid en diciembre de 1905, presentándose en mi consulta pública de la Clínica del Carmen, pudiendo confirmar todo lo anteriormente indicado, á más de intensa decoloración de piel y mucosas, con disfonia muy acentuada y con gran disnea laríngea.

Los datos antedichos, su tos quintosa y expectoración sanguinolenta, darían el cuadro clínico de una tuberculosa, si el laringoscopio no nos proporcionase datos más seguros é informes más evidentes, que hiciesen modificar el diagnóstico.

Nada faríngeo existía á excepción de la palidez mate de su mucosa palatina; el espejo laríngeo reflejaba un voluminoso tumor duro, liso y redondeado, que ocupaba dos tercios de la laringe, que comprendía toda la porción glótica y subglótica derecha, sin alcanzar al aritenoides ni repliegue ariteno-epiglótico del mismo lado, dejando sólo una pequeña hendidura por la porción izquierda que, merced á un movimiento de báscula del tumor, la ensanchaba algún tanto, en los movimientos respiratorios, para dejar pasar una pequeña cantidad de aire que á duras penas servía de fluído vital á esta desgraciada.

Sólo existía, como dato probable de que aquello fuese un tumor maligno, la parálisis de la mitad derecha de la laringe (signo de Hunter-Mackenzie) y las hemorragias, pues los demás datos objetivos, así como la edad, sexo, hábito exterior, falta de ganglios y abalonamiento laríngeo, con los antecedentes enumerados, podrían desviarnos del certero camino, como ocurrió á distintos y muy distinguidos compañeros que la vieron, cuyos diagnósticos fueron diferentes y ninguno el de epitelioma.

Previa difícil anestesia laríngea, se extrajo un tumor bien profundo, que analizado en el Laboratorio de San Carlos por el Dr. Villa, dice así: «Sometido á un atento reconocimiento el trozo de tumor laríngeo que se nos remite por conducto del Dr. Barajas, resulta estar formada su masa por un estroma conectivo y células epiteliales. Estas son grandes y en algunas se ven figuras karioquinéticas.

Se agrupan en bandas entre el estroma, en las cuales bandas se ven algunos leucocitos, y las células tienden á la disposición concéntrica. Por todos estos caracteres podemos afirmar se trata de un epitelioma con tendencia á la formación de globos».

Con semejante informe propuse la operación radical, que aceptada en principio, acogió con menos valor después de la extracción del trozo destinado al análisis, pues la respiración se hizo mucho

mejor y su estado general prosperó notablemente, hasta que el crecimiento asombroso del tumor la hizo recaer en un estado tan desastroso como el primitivo, obligándome á practicar la traqueotomía como indicación urgente.

Una vez aceptada y decidida la operación radical, á los diez días de la traqueotomía, cuando la enferma no solamente estaba rehecha por la nueva y exuberante respiración, sino por el tratamiento dinamógeno empleado (suero, cacodilato, etc.), que habían mejorado rápidamente su vigor, se practicó la *hemilaringectomía* el día 1.° de febrero, previa sustitución de la cánula ordinaria por la de Trendelenburg y en la posición del mismo autor.

Practicada hábilmente la anestesia por el Dr. Redondo, y con el aparato de su invención, modificación del de Ricord, que se adapta perfectamente á la cánula, y con la presencia y cooperación de los doctores y ayudantes Sres. Fábregas, Robles, Sánchez Calvo, Díaz Góngora, Bueno, Prada, etc., se comenzó la operación incindiendo la piel del cuello en su línea media por un corte vertical que partía del hioides, llegaba hasta muy próximo de la herida traqueal, que previamente se hizo, y con otro corte perpendicular al extremo superior del primero, que comprendía la piel, aponeurosis y masas musculares hasta el borde anterior del esternocleidomastoideo, se fué descubriendo toda la mitad de la laringe á punta de tijera hasta dejarla completamente limpia y denudada.

Partido con fuertes cizallas el cartílago tiroides en su línea media y separados los dos trozos laríngeos, anestesiando el fondo con una solución de cocaína, adrenalina y fenol, limpiando con esto la laringe y evitando los reflejos, pudimos observar la presencía de un tumor muchísimo más voluminoso que lo que acusaba el laringoscopio, pareciendo imposible que cupiese en aquella pequeña caja cartilaginosa, y pricipalmente en el ventrículo, que era el punto más principal de su implantación.

Con la hemostasia más absoluta se seccionó la membrana cricotiroidea y tirohioidea, se extirpó toda la lámina derecha del cartílago tiroides con el aritenoides correspondiente en unión de toda la inmensa masa tumorosa, que próximamente tendría el tamaño de una nuez gorda, separando la porción posterior del esófago con gran cuidado, para lo cual previamente introduje una sonda esofágica que me servía de guía, dejando el cricoides en su totalidad, puesto que ni remotamente se hallaba invadido, y utilizándolo, por tanto, como gran armazón para la restante laringe.

Cauterizada la superficie cruenta con cloruro de zinc al 10 por 100, se hizo un detenido reconocimiento de la gran cavidad traumática, viendo la perfecta normalidad en los tejidos colindantes.

Las neumonías por deglución consecutivas á los grandes traumatismos en la laringe, ó sea el paso de productos sépticos al pulmón desde la zona operada, ha sido el mayor contingente que ha determinado la mortalidad en estas intervenciones, hasta que Perier y Glück han ideado un método operatorio que aisla ambas zonas, valiéndose de una barrera orgánica, ya sea con piel en las hemilaringectomías, ya sea suturando la sección transversal de la tráquea á la piel del cuello en las extirpaciones totales.

Aprovechando pensamiento tan laudable, que ha disminuído el contingente de mortalidad desde un 52 por 100 por el año 1881, y un 46 por 100 en el 91, hasta 8 por 100, según comunicó en el Congreso internacional de París de 1900, y que posteriormente ha descendido á un 5, pero tratando de modificar algo el procedimiento: 1.°, por ser la zona cruenta más pequeña en virtud de dejar el cricoides; 2.°, para poder cerrar completamente tanto la herida traqueal, como la laríngea, circunstancia que no ocurre en el procedimiento de Glück; y 3.°, porque exigía menos cuidados, á mi entender, el aparato respiratorio de esta enferma, que llevaba diez días de amplia respiración sin protestas bronquiales, decidí en virtud de las razones antedichas, utilizar método tan sabio, empleando, como digo, un procedimiento especial, que consistía en trazar un colgajo triangular de piel del lado operado con el vértice en la porción inferior, y después de ranversado, adaptarlo á la superficie cruenta y, suturando su base al cricoides y porción posterior de la laringe, llegando á alcanzar hasta la fosa piriforme. Tal procedimiento, que en el cadáver había resultado bien, aquí no pudo utilizarse por retracción del colgajo y desprendimiento al segundo día, quedando, por tanto, la superficie cruenta dentro de las condiciones normales de la práctica corriente.

Se hizo la cura, colocando tapones de gasa y algodón con fiador en el anillo cricoideo, rellenando de gasa la laringe y dejando la herida abierta. Alimentación por sonda nasal permanente, y posición en la cama con gran declive en la cabeza y extremada elevación en los piés. Sea por la posición, por el buen estado del aparato respiratorio, no tuvo la menor perturbación en su convalecencia, ni pasó la temperatura de 37°,2, á excepción de una alteración gástrica, que cedió con un purgante.

Se retiró la cánula de Trendelenburg al quinto día, sustituyéndola por una cánula ordinaria; se suturó la herida laríngea en dos capas, muscular con catgut y piel con seda, estando la enferma levantada, hablando de modo inteligible y con la cánula tapada á los quince días, en cuya situacion continúa actualmente, habiendo regresado á su pueblo completamente curada de su laringe y con su estado general espléndido, que aleja bien claramente la idea de toda tuberculosis, antes sospechada, que ni la clínica ni el microscopio confirmó.

Este caso tiene una circunstancia especialísima y rara, que es precisamente la edad de la enferma, que la distingue de la generalidad, y otra también muy especial que he observado en algunos casos de epiteliomas laríngeos en enfermos jóvenes, que sus individuos son endebles y raquíticos, en oposición á las condiciones de robustez y vigor que suelen concurrir en los cancerosos de cincuenta años en adelante, activándose en estos jóvenes todas las escasas resultantes de las fuerzas de su nutrición en la evolución rápida de la neoplasia, circunstancia por la que he visto con más rapidez y constancia la reproducción tumoral en ellos que en los viejos. Esto abona las intervenciones extensas cuanto sea posible, y que me declare altamente partidario de las resecciones parciales ó totales de la laringe y nunca de las laringotomías, á pesar de las bondades y proclamas de Semon, que seguramente es su más ardiente defensor.

Como no es mi objeto en la presente historia clínica entrar en otras disquisiciones, y solamente utilizar lo que enseña la enferma en cuestión, he de hacer constar los beneficios positivos acaecidos por dividir la operación en dos tiempos (traqueotomía y resección laríngea), dejando entre ellos un lapso suficiente para adaptar el aparato respiratorio á los nuevos estímulos.

Al molestar vuestra atención sólo me propuse añadir un factor más á la estadística de la cirugía laríngea, procurando contribuir al convencimiento de algunos espíritus rehacios que miran como osados atrevimientos estas intervenciones, olvidándose que con sólo restar un individuo á la fatal ley á que se halla condenado el canceroso, debe intentarse esta lucha, con más grato entusiasmo cuanto mayores sean los éxitos conseguidos, que cada día van siendo más evidentes.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital General y Hospicio. Profesor de Oftalmología en la Facultad de Medicina de Madrid.

I. ALGUNOS DATOS CLÍNICOS SOBRE EL NITRATO DE PLATA, PROTARGOL Y ARGIROL, por D. Emilio Alvarado, de Valladolid.
II. ¿EXISTEN LA IRITIS Y EL GLAUCOMA DIABÉTICOS? por el mismo autor.

I

El Dr. D. Emilio Alvarado, reputado oftalmólogo de Valladolid, ha reproducido en un folleto de 32 páginas un trabajo publicado en los *Archivos de oftalmología hispano-americanos*, sobre el nitrato de plata y las modernas sales de este mismo metal.

Este artículo es una rectificación al Dr. Darier, de París, partidario de que se sustituya el clásico nitrato de plata, tan eficaz para el tratamiento de muchas afecciones de la conjuntiva, por el argirol, protargol, etc.

El Dr. Alvarado, deseando conocer la opinión de los oculistas, respecto á si daban la preferencia al nitrato de plata ó á las sales modernas de este metal, se dirigió á multitud de comprofesores, y de 31 que contestaron, 30 prefieren el nitrato de plata.

En el folleto que analizamos, el autor expone la opinión de otros muchos oftalmólogos que prefieren la vieja sal de plata, entre los cuales se citan Richery, Scrini, Morax, Abadie, Sœmisch, etc.

En este trabajo el Dr. Alvarado refuta los argumentos que el doctor Darier hace para considerar preferible el argirol al nitrato de plata, tanto en lo relativo á la intensidad del dolor que estos medicamentos producen, cuanto á su acción microbicida.

El autor opina que el nitrato de plata es aún insustituible en el tratamiento de la oftalmía purulenta de los recién nacidos.

No obstante la defensa que el Dr. Alvarado hace del nitrato de plata, no rechaza el uso de las modernas sales argénticas, sino que, por el contrario, las emplea en algunas enfermedades, entre ellas las inflamaciones del saco lagrimal, las blefaritis y las conjuntivitis agudas ó crónicas, cuando existen ciertas intolerancias especiales para el nitrato argéntico.

Damos nuestro más sincero aplauso al Dr. Alvarado por la feliz

defensa que hace de uno de los medicamentos más eficaces que poseemos en la terapéutica oftalmológica, y sin el cual difícilmente trataríamos las conjuntivitis purulentas.

II

Otro trabajo del Dr. Alvarado es la comunicación hecha á la segunda Asamblea anual de la Sociedad Oftalmológica hispano-americana.

El autor hace dos preguntas de gran interés. La primera es la de si existen la iritis y el glaucoma diabéticos, y la segunda es la de si debe practicarse la iridectomía en el glaucoma de los diabéticos.

Respecto á la primer pregunta, el autor la contesta en sentido afirmativo, citando tres historias de diabetes complicadas con iritis ó con glaucoma.

Expone además la opinión de Stefan, Lagrange, Chevallereau, etcétera, que han observado también casos de iritis y glaucomas dependientes de la diabetes sacarina.

Cuanto á la segunda pregunta, el autor la contesta también en sentido afirmativo, apoyándose en la autoridad de Græfe, Stœber, Galezowski, etc., partidarios, no sólo de que se practique la iridectomía en los diabéticos, sino también de que se extraiga la catarata en ellos.

Desde luego opina que no debe operarse á los diabéticos cuando han llegado al marasmo.

Este trabajo del Dr. Alvarado es tan interesante como todos los suyos, y debe ser leído con suma atención.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 2 de Junio de 1906.

Esofagoscopio. — El Dr. *Espina*, en nombre del Dr. Tapia, presenta un esofagoscopio inventado por este profesor, ocupándose con este motivo de los últimos perfeccionamientos de este aparato, que ha llegado á servir para el diagnóstico á la vez que para el tratamiento.

Da noticia de un caso de esofagotomía con extracción de una moneda

deglutida por una niña, en la que el cuerpo extraño se había detenido en el cardias, manifestando que la extracción había sido hecha con dicho aparato por el Dr. Goyanes, en menos de dos minutos, sin producir el menor traumatismo á la niña, que salió inmediatamente de la clínica, sin necesidad de someterla á tratamiento posterior ninguno.

Presenta la fotografía de otro caso, en que se trataba de un tumor de la corvadura menor del estómago, operado con buenos resultados.

Consideraciones patogénicas sobre dos casos de hidrosalpinx. — El Dr. Recasens: Los motivos que me han inducido á presentar á vuestra consideración los dos casos de hidrosalpinx anunciados, son el haber podido seguir el curso de su formación, y si bien el hidrosalpinx es una enfermedad frecuentemente observada, no es común poder seguir su evolución formativa. Estos casos me han de servir para hacer algunas consideraciones de orden anatomopatológico y patogénico, ya que las ideas sustentadas en los libros clásicos no tienen ni la claridad ni la unanimidad necesarias para poder considerar este proceso como suficientemente estudiado.

Trátase de dos enfermas reoperadas á los pocos meses de haber sido laparotomizadas por procesos genitales. La primera enferma padecía hace dos años una retroversión adherente del útero, que traté por el acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos; las trompas en aquella fecha tenían una situación retrouterina; pero aun cuando afectadas de un proceso perisalpingítico concomitante con la perimetritis, ofrecían el pabellón completamente permeable, por cuyo motivo decidí su conservación. La curación operatoria se realizó sin accidente alguno, y aun cuando el útero quedó en su posición completamente normal por efecto de la operación, se puede afirmar que no llegó á considerarse nunca curada del todo, ya que los dolores que la indujeron á venir al hospital continuaron con una intensidad casi igual. Las menstruaciones, que al poco tiempo de operada parecían ser menos dolorosas, volvieron á producir crisis tales, que á los cuatro meses de ser dada de alta volvió á solicitar nueva operación que la librara de sufrimientos. Reconocida, pude observar que el útero se mantenía en la anteversión en que le había colocado yo con el acortamiento de los ligamentos redondos; pero á los lados del mismo se percibían de modo claro dos tumoraciones: la derecha ocupando el fondo de saco de Douglas, y la izquierda remontando hasta las proximidades del ombligo.

A pesar de reconocer que se trataba de una salpingitis quística, rehusé de momento practicar la operación, y sometí á la enferma al tratamiento por el reposo, las irrigaciones vaginales calientes y el ictiol *intus et extra*. Ninguna mejoría experimentó la enferma, y cuatro meses después, ó sean ocho desde la primera operación, reabrí el vientre, encontrando dos hidrosalpinx voluminosos: el izquierdo, libre por completo de adherencias, estaba como flotando en la cavidad abdominal, entre las asas de intestino delgado, en tanto que el hidrosalpinx derecho ocupaba el fondo de Douglas y se hallaba íntimamente adherido á los órganos vecinos.

Como quiera que los ovarios presentaban asimismo alteraciones flogísticas y que el perimetrio estaba muy alterado por la inflamación, practiqué la castración total, curando con ello completamente la enferma.

El segundo caso, muy parecido á éste, ha sido operado y reoperado en

este mismo curso. Se trata de una joven de dieciséis años que, á consecuencia de una gonococia, padecía una perimetrosalpingitis, quística en el lado izquierdo y catarral en el derecho; por tratarse de una joven de tan pocos años no quise practicar la castración total, y extirpé la trompa quística y el ovario de este mismo lado y respeté el lado derecho, resequé el pabellón tubárico, que estaba ocluído, y formé uno nuevo, incindiendo ampliamente la cara superior del oviducto y suturando exactamente la serosa con la mucosa, dejé el ovario en su sitio, y después de fijar de modo temporal el útero en situación normal, cerré la cavidad del vientre. Al igual que en el caso anterior, la curación operatoria fué rápida, pero los dolores continuaron, apareció la menstruación muy dolorosa y á los dos meses se pudo notar, por el tacto combinado, la existencia de un tumor salpingo-ovarítico formado en el trozo de trompa que habíamos dejado y por el ovario contiguo.

Después de un mes de tratamiento médico, y en vista de su ineficacia, procedimos á una nueva operación, encontrando un voluminoso hidrosalpinx formado en la trompa, que conservamos, y un voluminoso absceso intraovárico. Procedimos, en vista de estas lesiones, á la castración total, y la curación definitiva se logró, aun cuando signifique ella la mutilación genital, sensible siempre, pero mucho más en un caso como el presente, en que casi puede decirse que no había entrado esta joven en el período de su actividad sexual.

Estos dos casos ponen una vez más sobre el tapete la cuestión tan debatida de la cirugía conservadora en los casos de lesiones flogísticas de los anejos, pero esto será cuestión de otra comunicación; hoy sólo quiero ocuparme del concepto anatomopatológico y patogenético de esta afección, y á modo de inciso diré, que cada día soy más conservador en ginecología, en el sentido de evitar las operaciones, pero que una vez bien puesta la indicación y llegados al extremo de abrir el vientre, soy de día en día más radical en la éxéresis, pues por algunos casos que he logrado con la cirugía conservadora que se haya hecho más tarde embarazada la mujer, son muchos los que han sentido luego remordimientos de no haber extirpado todo lo enfermo, pues el fin que se habían propuesto las mujeres al dejarse operar no lo han logrado, ya que los dolores han persistido y en algunas, como en los casos actuales, han tenido que sufrir una segunda operación, que se hubiera evitado á haber sido más radical en la primera.

Examinados macroscópicamente, presentaban estos hidrosalpinx la forma y disposición de todos los tumores de esta clase; sus paredes, adelgazadas hasta el punto de permitir reconocer por transparencia el contenido seroso de los mismos con los pabellones tubáricos ocluídos y con acodamientos en la porción interna de la tuba, que impedían que se vertiera su contenido en la cavidad del útero.

Examinadas al microscopio sus paredes, no daban lugar á duda alguna, respecto á ser la distensión de las paredes tubáricas las que producían la colección quística, sin que interviniera en ello proceso neoformativo alguno. La serosa, ligeramente inflamada, estaba en un hidrosalpinx (el izquierdo de la primera enferma) completamente libre, en tanto que los otros presentaban adherencias por neoformaciones peritoníticas que sujetaban

la trompa á los órganos vecinos. La capa muscular se veía adelgazada con sus elementos celulares de fibra lisa distendidos, y los núcleos alargados y aplicados exactamente á la cubierta de la célula; muchas fibrocélulas parecían anucleares; el tejido conjuntivo no presentaba señales de proliferación, ni en ningún punto de esta capa se veían agrupaciones celulares debidas á infiltración inflamatoria.

La mucosa presentaba el epitelio plano, más parecido por su disposición á un endotelio que á la forma cilíndrica ciliar de la mucosa de la trompa normal; en algunos puntos se podían ver repliegues mucosos, restos de las franjas tubáricas, que se hallaban recubiertas por un epitelio más alto que el que cubría el resto de la mucosa.

En realidad, por el examen microscópico no puede en modo alguno colocarse este proceso anatomopatológico con los que caracterizan la inflamación, y sin embargo, por la evolución y etiología del proceso no puede ser colocado en otro punto más que entre las inflamaciones.

¿Cómo explicar en el terreno patogenético esta anatomía patológica tan distinta del hidrosalpinx con los otros procesos de naturaleza flogística que se observan en las trompas? Examinando la anatomía patológica de los piosalpinx, vemos que en ellos, si bien el proceso de obturación del pabellón y de oclusión del extremo interno de la trompa es exactamente igual al del hidrasalpinx, en el espesamiento de las paredes del oviducto, en las infiltraciones embrionarias, en la hipertrofia de las paredes vasculares, principalmente de la túnica media de las arterias, y en la hiperplasia de los elementos fibrocelulares, as diferencias son enormes. Por otra parte, la mucosa en el hidrosalpinx ha cambiado su epitelio cilíndrico por uno plano, en tanto que en el piosalpinx, aparte de las pérdidas que de esta cubierta se encuentran en algunos puntos, en el resto se hallan las mismas células cilíndricas que en el estado fisiológico; además, el corion mucoso se encuentra engrosado y con infiltraciones abundantes embrionarias que se extienden más allá de la túnica mucosa. ¿Es posible que con diferencias tan marcadas en el sentido anatomopatológico podamos aceptar que sean procesos análogos el hidro y el piosalpinx, sin más diferencia que la intensidad de la reacción al agente infectante productor? Creemos que no es aceptable esta hipótesis. La idea admitida por Robson de que el piosalpinx representa la evolución final de un piosalpinx que se produce por reabsorción de los elementos sólidos del pus, no tiene justificación clínica ni anatomopatológica; la evolución de los casos que presento indican de un modo evidente que los tumores salpingianos que se desarrollaron después de la primera operación fueron desde el primer momento de la misma naturaleza serosa con que les encontramos al practicar la segunda operación. Por otra parte, la reabsorción de los elementos figurados de una colección purulenta y la conversión del pus en serosidad, no se observa en ninguna parte de la economía ni en ningún proceso, siendo, por el contrario, lo que se observa el espesamiento de las colecciones purulentas por reabsorción de los elementos líquidos.

Examinando la etiología de gran número de enfermas de este proceso, encontramos en muchas datos fehacientes de infecciones gonocócicas y puerperales; en algunos casos hemos visto coexistir el proceso salpingítico puru-

lento de un lado con el hidrosalpinx del opuesto. En varias ocasiones hemos hallado datos precisos de peritonitis pelviana de origen apendicular, sin antecedente gonocócico ni puerperal alguno, en enfermas que presentaban hidrosalpinx voluminosos.

Del examen anatomopatológico de las lesiones, así como del estudio reaccional que las mucosas tienen para los distintos afectos infectivos, principalmente el gonocócico y el estreptocócico, desechamos la idea de que el hidrosolpinx pueda ser una inflamación intracavitaria de las trompas, ya que en ningún caso encontramos los síntomas reaccionales que la mucosa produce en presencia de los agentes microbianos determinantes de la inflamación.

Nosotros no podemos en modo alguno negar la influencia que estos agentes tengan en la producción de la enfermedad que estudiamos, pero consideramos su acción como indirecta. En todos los casos de inflamación aguda pelvi-anexial que hemos operado, hemos hallado, á cierta distancia de los puntos en que el proceso flogístico asentaba, colecciones serosas más ó menos enquistadas, resultado no directo de los agentes microbianos, sino producidos por la acción quimiotáxica de los productos segregados por dichos agentes; son exudaciones debidas á agentes químicos de procedencia microbiana, pero no resultado de la acción directa de los agentes vivos; estas colecciones líquidas á distancia del foco inflamatorio no dan nunca en cultivos apropiados colonias microbianas. Su naturaleza amicrobiana se comprueba asimismo por la ineficacia de las inoculaciones practicadas en el peritoneo del conejillo de Indias, si bien no puede negárseles una acción irritante manifiesta.

Ahora bien, dada la existencia de pelviperitonitis y de perisalpingitis en la casi totalidad de casos operados por nosotros, y teniendo en cuenta las observaciones en que una apendicitis ha determinado por vecindad la producción de un hidrosalpinx, creemos que la patogenia de la hidropesía tubárica hemos de hallarla en los agentes químicos, que ya la secreción, ya la muerte de ciertos agentes microbianos, ha puesto en contacto con las estructuras tubáricas.

La comprobación de esta patogenia exige nuevas investigaciones de orden biológico que espero poder realizar en breve. Hoy por hoy sólo me atrevo á negar la similitud patogenética de los procesos hidrosalpingíticos con los del piosalpinx, considerando á éstos como resultado directo de los agentes microbianos y á aquéllos como consecuencia indirecta de los mismos por la acción de los venenos químicos segregados por ellos.

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 28 de Mayo de 1906.

Anatomía normal del oído. — El Dr. Tapia: El estudio hecho por el doctor Villa en la anterior sesión es perfecto y de indiscutible utilidad, porque si en términos generales se puede ser excelente cirujano siendo mediano ana-

tómico, tratándose de oídos hay que ser un perfecto anatómico para poder ser buen cirujano.

Conforme con él en lo que se refiere á la posición del facial y de los conductos semicirculares, aprovecha las nociones anatómicas para marcar de un modo preciso el sitio por donde debe abordarse el laberinto para su trepanación. Analiza los procedimientos de Jansen, Hinsberg y Botey; en atención á las vecindades anatómicas no es partidario del primero, y afirma que el último es el preferible, tanto más si se emplea el protector de Bourguet, aparato basado en el dato anatómico de que el borde inferior del conducto semicircular externo está á tres milímetros por encima de la ventana oval; por lo tanto, una lámina metálica pequeña que lleve un tacón para empotrarse en la ventana oval, punto de referencia, y una escotadura de tres milímetros por encima para dejar sitio al trépano, sujeta á un mango de curva apropiada, permite caer en el sitio preciso sin temor de herir el facial.

Respecto de la situación de la yugular y de la carótida, hay que hacer constar la frecuencia de sus anomalías, sobre todo de la primera, hasta el punto de citarse multitud de casos en que se han herido aun operando con las reglas clásicas; él tiene un temporal en el que la yugular, cubierta de finísima capa ósea, eleva la pared postero inferior de la caja y no habría sido posible hacer la miringotomía sin herirla.

El Dr. Villa, en vista de la conformidad habida entre Tapia y él, nada tiene que decir.

Dos casos de úlcera gástrica crónica no hallada.—El Dr. Yagüe: Los casos de que va á ocuparse son los que presentó á esta Academia en la sesión de 8 de abril. C. L., de treinta y siete años, de Madrid, soltero, cesante, poco ordenado en su vivir, de intemperancia alcohólica anterior habitual y de temperancia absoluta actual, obligado por el sufrimiento, se presentó en su consulta en 13 de marzo de 1903. Su padre murió de cincuenta y nueve años, á consecuencia de angina de pecho, y su madre á la misma edad, de cáncer de la mama; tiene como antecedentes personales los infantiles comunes y blenorragia á los quince años; la enfermedad actual comenzó hacía catorce años por pesadez gástrica á temporadas y á las tres ó cuatro horas de comer, que cesaba tomando bicarbonato de sosa, pero que fué luego haciéndose progresivamente mayor, sin que éste las aliviara, apareciendo vómitos raros, pocas veces alimenticios y casi siempre de aguas agrias, cuya expulsión calmaba el sufrimiento; las temporadas de molestias fueron cada vez más largas y cercanas, teniendo un año antes de ser observado, un vómito negro. Cuando le observó, el dolor era continuo, no había vómitos, existía gran estreñimiento, el vientre estaba retraído, había puntos dolorosos epigástrico y dorsal, defensa muscular en la parte izquierda y superior del epigastrio, estómago no grande á la percusión y con bazuqueo bien perceptible.

Se le diagnosticó de úlcera simple en plena actividad, y se le dispuso régimen lácteo exclusivo, alcalinos á altas dosis y nitrato de plata en solución, advirtiéndole del peligro de una hemorragia si comía. Lo hizo y sobrevino ésta en forma de gran hematemesis, y entonces se regimentó severamente, obteniendo con ello, y el bismuto á altas dosis, mejoría grande

pero poco estable, y como no fué posible convertir en curación, le indujo á aconsejarle la intervención, practicándole el Dr. Cervera el 24 de noviembre de 1905, la gastroenterostomía por el procedimiento de Roux, dándosele el alta por curación en 10 de diciembre. Al operar se halló ascitis moderada, que aunque no había circulación abdominal subcutánea, aumento de bazo, ni síntoma ninguno de hígado, hubo que relacionar con algo hepático, por no haber alteración urinaria apreciable; no se encontró úlcera alguna. Los resultados operatorios no han podido ser más satisfactorios: las molestias han cesado, aunque reapareciendo con pequeña intensidad de tiempo en tiempo, no impidiéndole su trabajo, y ha ganado de peso notablemente.

J. G. M., de veintiún años, de Madrid, soltero, dependiente de comercio y de temperancia absoluta, lo vió Yagüe en septiembre último. Su padre murió á los cuarenta y siete años, de congestión cerebral, y su madre á los cuarenta y cinco, de repente; padeció las enfermedades de la infancia, y dícele haber sido gástrico de siempre, pero sufriendo desde hace un año grandes dolores de estómago en cuanto comía, que no cesaban hasta que vomitaba, devolviendo más que tomaba en una sola comida, y siendo algunos días el vómito repetido; los dolores, sin tener temporada alguna de remisión, fueron aumentando en intensidad, sin otra diferencia que la de sentirlos en pleno abdomen, en lugar del epigastrio, que los tenía al principio. Se estaba tratando por la electricidad cuando en 23 de septiembre tuvo gran hematemesis sin melena notable, que no repitió.

Su aspecto era el del anémico agudo, con sufrimiento continuo intensísimo, puntos dolorosos dorsal y epigástrico, sin defensa muscular estimable, estómago enorme, descendido, hasta estar su curvadura mayor cuatro traveses de dedo por debajo del ombligo, con bazuqueo extenso, fácil, bajo y ligeras ondulaciones epigástricas.

Se diagnosticó úlcera simple en estenósico cicatricial del píloro, y se estableció tratamiento análogo al anterior; pero ante su ineficacia fué intervenido de igual modo que el anterior por el Dr. Cervera en fin de diciembre, curando sin incidente alguno. En la operación se comprobaron esteno sis y dilatación, pero no se halló la úlcera.

El enfermo está completamente curado, grueso, hasta casi la obesidad, y la intervención no sólo le ha servido para curarse, sino para ser declarado inútil para el servicio militar.

Las consideraciones han de ser muy breves; fuera de las erosiones gástricas, secundarias siempre á otras gastropatías, y de las cuales Einhorn pretende hacer una especie patológica, casi seguramente con injusticia, y de las úlceras sintomáticas que de momento no nos interesan, el estómago sufre dos clases de úlcera bien determinadas anatomopatológica y clínicamente: la úlcera aguda, que Dielafoy ha estudiado y separado con el nombre de *exulceratio simple*, que sólo interesa la mucosa, tiene bordes lisos y blandos y sintomatología aguda, obscura y poco precisa; y la úlcera crónica, *el ulcus rodens* de Cruveiller, que puede interesar todas las capas del estómago, es de bordes gruesos y duros y se caracteriza, clara y precisamente las más de las veces por síntomas hiperclorhídricos anteriores, dolor circunscrito, intenso y paroxístico, vómitos y hematemesis.

De la forma anatomopatológica, que si la primera puede no ser hallada, la segunda se hallará siempre cuando la hay y si se la busca.

Y ahora bien; como en estos enfermos el cuadro sintomático era completo y típico y no fué hallada la úlcera crónica, cabe preguntar: ¿Es que sucede con frecuencia así? Porque si tal sucediera, había que pensar que la relación actual establecida entre las úlceras y sus cuadros sintomáticos podría no ser completamente exacta.

El Dr. G. Campo: El Dr. Yagüe hizo operar á sus dos enfermos, porque en ambos existían signos clínicos bastantes para diagnosticar la úlcera gástrica, no modificada, á pesar del tratamiento médico sostenido y racional. Con su conducta está conforme, si bien no lo está tanto con la afirmación de que en uno de los enfermos el volumen del estómago no se hallaba aumentado, según demostraba la percusión; no lo estaría, pero ese medio no basta para demostrarlo, y para ello es preciso apelar á la insuflación que haga dibujarse el órgano bajo la piel del vientre, ó á la repleción con agua que por su cantidad indique es mayor de lo normal la capacidad de la víscera; con estos medios y con algún otro podrá hablarse del volumen del estómago, pero no con la percusión.

A G. Campo no le llama la atención que, durante el acto operatorio, no se encontrara la úlcera, eso es lo corriente; no se ve siempre, porque para ello sería preciso hacer la autopsia del órgano ó invertirlo totalmente, y el reconocimiento detenido no es prudente en operación que, para dar buen resultado, requiere prontitud y ejecutarla y manosear poco los órganos. Los autores citan casos de úlceras en los que se realizó la gastroenterostomía y que, á pesar de la intervención, sucumbieron los enfermos; en estas ocasiones, no habiéndose hallado la lesión en el acto quirúrgico, fué confirmada en la necropsia.

En cuanto á que en uno de los enfermos continuaran las molestias después de la operación, no le extraña, pues muchas veces cicatriza una úlcera, se produce otra, ya que con la gastroenterostomía no desaparecen las causas generadoras de la enfermedad de Cruveilhier; además, si el individuo era hiperclorhídrico, según hacían presumir los síntomas que precedieron á la úlcera, pudo seguir siéndolo y las molestias obedecer exclusivamente á la hiperclorhidria. La gastroenterostomía no modifica siempre el quimismo primitivo; si el contacto prolongado de los ingesta determina una irritación de la mucosa, causante de la alteración secretoria, ésta se normalizará por la operación; pero si se han producido lesiones glandulares, no retrogradan estas alteraciones y el quimismo apenas se modifica.

El Dr. *Arredondo* hace algunas observaciones con respecto á los resultados operatorios en las úlceras de estómago. Si la úlcera es rebelde á los tratamientos médicos porque la circulación del estómago es mala, como debía ocurrir en el primer caso, en que el alcoholismo había producido hepatitis, ascitis y trastornos circulatorios, no desaparecerán los trastornos con la operación, puesto que ésta no los modifica; por eso aquí la intervención merece más reservas, lo mismo que si su persistencia es por razón de causa general.

Una razón de estática justifica la operación, y es la que hay porque su persistencia sea debida á su topografía, pilórica, por ejemplo, pues el estí-

mulo de las contracciones la hace persistir, y no hay nada mejor que la gastroenterostomía.

Y en estos casos hay que contar con que en el intestino se puede producir la úlcera péptica, máxime si á él llega el quimo ácido, al que no está acostumbrado el intestino; la diarrea post operatoria indica un estímulo exagerado por el quimo ácido.

La principal rebeldía de estas enfermedades por el quebrantamiento del régimen, pues no hay que olvidar que estos enfermos tienen buen apetito.

Ha notado, además, que el Dr. Yagüe no ha citado para nada ciertos remedios, como la cocaína, belladona, etc., que no sólo calman, si que también modifican la secreción.

El Dr. *Goyanes* dice que el haber operado cinco ulcerosos le permite aportar algún dato á esta discusión, si bien son tan recientes que no le permiten hacer deducciones sobre el quimismo.

En el acto operatorio no ha visto la úlcera nunca; y esto, que Yagüe cree la excepción, él lo conceptúa la regla; sólo se encuentran sus vestigios: adherencias al hígado, al epiplón, etc. Generalmente se cuenta con el diagnóstico clínico bien hecho, y el cirujano no tiene para qué malaxar el estómago buscando la úlcera. Por otra parte, aun en los casos en que hay que buscarla por hemorragia intensísima, cuesta mucho trabajo encontrarla, y eso no contando con lo difícil que es explorar la cara posterior, sobre todo si hay adherencias. Todos los autores citan casos en que no se pudo encontrar, aun abriendo ampliamente el estómago.

Otro extremo importante es la influencia del contenide ácido en los intestinos. Todos sabemos que el quimo ácido excita en el duodeno la secreción biliar, que por ser alcalina le neutraliza; pues bien, en la operación de Roux queda un segmento de yeyuno, por el que pasa jugo ácido, que puede determinar su ulceración. Con la operación de Kocher no sucede esto; el fisiologismo queda intacto: esta es una operación ideal que él piensa practicar en la primera ocasión que se le presente.

El Dr. *Yagüe* dice que si los resultados operatorios no han sido tan completos en el primer caso, lo explica el que no había estenosis pilórica, contra cuyos trastornos mecánicos tiene los más brillantes resultados la intervención. Si las molestias subsistieren no puede atribuirse á la hiperclorhidria, puesto que el análisis del recogido de la comida de prueba de Ewald, á la hora de su ingestión, dió, en 30 de abril último: acidez clorhídrica por 1.000, 1'46; acidez total, 1'54; cifras que, sobre todo la segunda, difieren poco de las normales.

El Dr. *González Campo* no concede gran valor á la percusión para la delimitación del estómago, y sí á la insuflación ó repleción, que facilitan la percusión, haciendo más evidente el contraste entre el estómago y las partes circunyacentes.

Es cierto que el estómago no puede ser visto por completo; pero su manualización en lo accesible permite tocar la úlcera crónica, cuando la hay y se busca; las menos veces podrá pasar en estas condiciones desapercibida.

La hemorragia del primer enfermo no es atribuíble á la afección hepática, porque no había obstáculos á la circulación porta, y no es posible

admitir el éxtasis de ésta sólo en el segmento gástrico, cuando además son en las cisórricas las venas esofágicas las hemorrágicas, y sobre todo porque entre las hematemesis y la pequeña ascitis encontrada hubo dos años de fecha.

No es posible discutir ahora por completo la determinación del tiempo que debe tardarse en apelar al tratamiento quirúrgico de la úlcera; el de dos años, transcurridos en el primer enfermo, si peca, es seguramente de excesivo.

Sin pretender dar reglas generales, cree que éste puede ser entre tres y seis meses, cuando el tratamiento médico no da resultados, siendo el vivo sufrimiento del enfermo garantía del exacto empleo del régimen y medicamentos.

Los alcalinos fueron dados á altas dosis en el período digestivo, el bismuto por el procedimiento de Fleiner, el nitrato de plata por el de Rosenheim, y debió decir que había empleado repetidas veces, sin éxito, los modificadores de la secreción.

PERIÓDICOS

Un caso de hemiatrofia facial.— En la *Revista Médica Salmantina*, publica D. A. del Cañizo, el siguiente caso clínico:

«Enferma de treinta años de edad, es soltera, sirvienta de profesión y no no tiene antecedentes patológicos hereditarios y personales.

Hace seis ó siete años empezó á sufrir unos dolores neurálgicos, intensos y persistentes, localizados en la mitad derecha de la cara é irradiando, con violencia suma, á los dientes y muelas del mismo lado, por lo que algunas fueron sustraídas por un dentista.

Ninguna presentó huellas de caries, ni alteración alguna ostensible; las neuralgias siguieron y las extracciones también, hasta que, consecutivamente á una de éstas, se presentó una inflamación de la encía, que terminó con la formación de pequeños accesos gingivales y la expulsión de algunos otros dientes. Posteriormente no ha vuelto á sentir dolor ni molestia alguna, llamando en cambio su atención la deformidad que, lenta y progresivamente, invadía la mitad de su cara.

Al observarla el Dr. Cañizo lo primero que se advertía, con sólo mirar la paciente, era la desigualdad y falta de simetría de las dos mitades de la cara, encontrándose el lado derecho como achicado y hundido, sobre todo en su parte inferior.

Los relieves óseos del pómulo y la mandíbula aparecían más prominentes que en el lado sano; por palpación, podía notarse la falta del tejido adiposo subcutáneo y la piel, tersa y apergaminada, se adhería de tal modo á las partes duras subyacentes, que era casi imposible el poder plegarla entre los dedos; apreciábase igualmente la atrofia de la mitad derecha de la mandíbula, cuyo grosor, sobre todo en la rama horizontal, estaba muy disminuído con relación al lado opuesto.

La oreja y ojo derechos no presentaban alteración, que tampoco existían en la mitad homóloga de la frente, ni en la ceja del mismo lado, siendo en cambio de notarse la pérdida de cabellos que desde la parte alta y derecha del frontal se extendía por una gran porción del cuero cabelludo.

La mitad derecha de la lengua aparecía sumamente pequeña y arrugada, presentaba desde el surco medio al borde libre, próximamente la mitad de anchura que en el lado izquierdo. Cosa análoga ocurría en el velo del paladar y sobre todo en la úvula, la cual puede decirse que había desaparecido por completo, dejando sólo como vestigio de su existencia un filamento ó apéndice flácido, constituído únicamente por la envoltura mucosa.

La sensibilidad, en el lado afecto de la cara, estaba completamente normal; no había alteración del sentido del gusto y la carótida y temporal derechos pulsaban con absoluta regularidad.

No había tampoco ningún entorpecimiento para la pronunciación, masticación ni deglución.

La exploración general del sistema nervioso, así como de los demás aparatos, demostraba su completa integridad funcional.

A propósito del caso, dice entre otras cosas:

«El cuadro clínico de esta afección, variable en cuanto á rapidez é intensidad, se reduce en esencia á la atrofia progresiva de una mitad de la cara, en cuyo proceso toman muy variable participación los distintos tejidos y así se ve que en unos casos la atrofia invade los huesos y cartílagos, mientras que en otros limita su acción al tejido subcutáneo y partes profundas del dermis. Los músculos de la cara, excepto los masticadores, son atacados rara vez; la lengua y velo palatino, que constituyen en nuestro caso la parte más atrofiada, son también invadidos con poca frecuencia».

La cuestión verdaderamente obscura y litigiosa de tan curiosa y extraña enfermedad, es la referente á su patogenia, para cuya explicación se han invocado teorías muy diferentes:

Unos admiten una atrofia privada ó *aplasia laminosa* del tejido conjuntivo, es hoy rechazada por todos porque, á más de dejar oculta la razón de esta aplasia, no puede dar explicación de aquellos casos en que la atrofia invada los huesos, músculos, etc.

Analiza luego las teorías nerviosas ó trofoneuríticas; pueden clasificarse en dos grupos: según unos, la atrofia es producida por alteraciones del gran simpático.

Todos estos datos, unidos al hecho de que algunas hemiatrofias faciales se acompañan de alteraciones importantes de los vasos del lado afecto, parecen indicar la importancia que toma el simpático en la patogenia de esta afección.

Sin embargo, los trastornos de la inervación vascular producen efectos como el edema nervioso, la critomelalgia, enfermedad de Reynaud, etcétera, que no tiene ningún parecido clínico con la hemiatrofia facial. Además, como ya había hecho notar Vulpian, las lesiones del simpático no producen verdaderas atrofias, sino solamente detenciones al desarrollo y esto cuando se opera en sujetos muy jóvenes y nunca de una manera constante y acentuada.

Según la hipótesis más admitida en la actualidad, la hemiatrofia de la

cara es producida por lesiones que atacan al trigémino; pero mientras que unos juzgan estas lesiones como periféricas (neuritis), otros conceden el papel primordial á las alteraciones de los centros bulboprotuberanciales.

Merece consignarse que en este caso se encontró además una neuritis del radial izquierdo y una atrofia bilateral del nervio óptico.

Por lo tanto, parece lógico admitir que la neuritis del trigémino sea *en algunos casos* la lesión productora de la hemiatrofia facial.

Las lesiones de protuberancia y bulbo, es indudable que también deben desempeñar un papel de gran importancia; estas lesiones bulboprotuberanciales, unas veces acompañan á las tabes y á la siringomielia, enfermedades que con gran frecuencia dan lugar á alteraciones tróficas, iguales en su esencia á la enfermedad que veníamos estudiando. Dejérine y Mirallié han visto coincidir la hemiatrofia facial con la siringomielia, y para Brissaud la mayor parte de hemiatrofias faciales serían sintomáticas de la citada enfermedad.

Hay algunos casos de hemiatrofia facial, en que la lesión se extiende á partes que no están bajo la inervación del trigémino, lo que hace pensar que la lesión central se haya extendido á núcleos vecinos (facial, hipogloso, etc.), que por su alteración explican los síntomas concomitantes.

«Habrá, pues, que considerar á la hemiatrofia de la cara como un síntoma ó conjunto de síntomas, dependientes de lesiones del trigémino, bien sea en sus centros ó en sus armas, evolucionando unas veces de manera aislada y acompañando otras á enfermedades de mayor generalización, tabes y siringomielia principalmente». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 13 de Junio de 1906.

Septicemia de tetrágenes. — El Dr. *Kirmisson* leyó un informe acerca del caso siguiente, comunicado á la Sociedad por el Dr. Tillaye.

Un joven de veinticuatro años, sin antecedentes patológicos dignos de mención, sobre todo sin el menor antecedente urinario, tuvo durante un mes fiebre continua inexplicable, hasta que el Dr. Tillaye descubrió un absceso prostático voluminoso, cuya incisión dió salida á más de 150 gramos de pus espeso y bien trabado. La temperatura descendió aquel mismo día, pero al siguiente volvió á elevarse y apareció un infarto doloroso en la región parotídea derecha. El enfermo tuvo además por el recto una hemorragia abundante, que se contuvo á beneficio del taponamiento y de las inyecciones de ergotina y de suero. Al día siguiente los signos de supura-

ción parotídea eran manifiestos; se descubrieron además otros dos abscesos pequeños en el brazo y antebrazo derechos. Los tres fueron incindidos. El examen bacterielógico del pus reveló la presencia predominante del micrococo tetrágeno y de algunos grupos de estafilococos, pero no colibacilos ni bacilos de Eberth ó de Koch.

A los pocos días fué preciso abrir otros dos nuevos abscesos que se habían formado en la parótida izquierda y en la cara externa de la pierna derecha. Hubo un nuevo período de calma, pero de corta duración, porque al poco tiempo se formó un absceso perinefrítico izquierdo, cuya incisión dió salida á 250 gramos de pus. Después se formó en el lado derecho un nuevo absceso análogo, que se abrió también, pero cuya supuración fué más abundante y prolongada. El enfermo, caquéctico, tuvo que permanecer en cama; se le formaron escaras sacras, y por último murió. El proceso duró menos de dos meses.

El Dr. Kirmisson llamó la atención sobre este caso interesantísimo para el estudio de las septicemias de origen espontáneo ó interno, por oposición á las quirúrgicas, cuya historia es aún mal conocida. Es á la vez un dato de gran utilidad respecto al papel patógeno de los microbios tetrágenos que se encuentran á menudo en la boca y en las vías respiratorias, y cuya importancia, como agente de septicemia general, está todavía mal demostrada.

Intervenciones en los quistes hidatídicos pulmonares. — El Dr. *Tuffier* leyó un informe sobre dos casos de quistes hidatídicos del pulmón, operados por el Dr. Launay.

El primero se refiere á un hombre de cuarenta y tres años, que al ingresar en el hospital presentaba todos los signos de un derrame pleurítico en la base derecha. Varios ataques de congestión pulmonar que había padecido este individuo, confirmaban el diagnóstico que se hizo de pleuresía tuberculosa. Pero la punción de este derrame dió salida á un líquido «agua de roca», lo que demostró se trataba de un quiste hidatídico. Este quiste, situado sólo á un centímetro de profundidad en el parénquima pulmonar, fué operado sin dificultad, gracias á las adherencias pleuríticas que existían en aquél. Fué preciso resecar dos costillas é incindir el pulmón. La membrana hidatídica fué expulsada durante un acceso de tos. El Dr. Launay desaguó la cavidad quística, y á los dos meses estaba completamente cerrada. No obstante, queda una fístula bronquial secundaria.

En el segundo caso, se trataba de un hombre de sesenta y cinco años; el quiste ocupaba la parte inferior del pulmón izquierdo. En este enfermo se sospechó también una pleuresía tuberculosa, á causa de las hemoptisis repetidas que había tenido. Lo mismo que en el caso anterior, el diagnóstico exacto no se hizo hasta que se practicó la punción. El tratamiento consistió en la incisión, seguida de desagüe; quedó también una fístula bronquial secundaria que se cerró espontáneamente á los pocos meses.

Además de estas dos observaciones del Dr. Launay, refirió el Dr. Tuffier otra de su práctica que merece ser conocida, porque se incurrió en el mismo error de diagnóstico y porque la curación fué retardada también por una fístula bronquial secundaria. Los primeros síntomas clínicos de la afección no fueron los mismos que en las observaciones del Dr. Launay, porque an-

tes de los accidentes que obligaron á dicho enfermo á ingresar en el hospital no tuvo hemoptisis ni ataques congestivos pulmonares. De repente, á consecuencia de un esfuerzo, sintió un dolor fuerte en el costado izquierdo, con disnea intensa, tos, fiebre, etc., síntomas todos que, unidos á la comprobación dé un derrame en la base izquierda, hicieron diagnosticar la enfermedad de pleuresía. El supuesto derrame fué punzado, y sólo entonces se comprobó que se trataba de un quiste hidatídico. Acto seguido, después de vaciado por completo el quiste, se inyectaron en su cavidad 60 gramos de licor de Van Swieten. A consecuencia de esta inyección tuvo el enfermo edema pulmonar gravísimo, que puso en peligro su vida: el quiste supuró después, y entonces fué cuando vió el Dr. Tuffier al paciente. Hizo una resección costal, encontró la pleura adherida y penetró sin dificultad en el quiste supurado, lo incindió, lo desaguó, consiguiendo así que el enfermo curara. La curación fué retrasada por una fístula bronquial secundaria, que se cerró espontáneamente.

Cree conveniente el Dr. Tuffier reunir estos tres casos, porque demuestran cuán fácil es confundir los quistes hidatídicos del pulmón con las lesiones tuberculosas pulmonares, en particular con la pleuresía tuberculosa; ambos padecimientos principian por accesos de tos más ó menos rebeldes, por ataques congestivos, hemoptisis repetidas, fiebre y los mismos caracteres de derrame á la percusión y á la auscultación. La radiografía podrá quizá resolver el problema—como ha ocurrido en un caso del doctor Tuffier—al demostrar la forma completamente esférica del derrame.

En los tres casos referidos no hubo vómica antes de la intervención operatoria, complicación frecuente en los quistes hidatídicos pulmonares. Es de notar también la frecuencia de las fístulas bronquiales secundarias á la operación, cuya patogenia no es muy clara; estas fístulas curan casi siempre espontáneamente, pero algunas son definitivas. Al terminar insistió el Dr. Tuffier sobre la necesidad de proscribir en absoluto, en el tratamiento de los quistes hidatídicos pulmonares, la punción seguida de inyección de un líquido antiséptico, á causa de los accidentes graves que pueden resultar. La punción evacuadora simple es completamente ineficaz. El verdadero tratamiento curativo consiste en la incisión extensa del quiste seguida de desagüe.

El Dr. *Potherat* dijo que había operado á un enfermo con quiste pulmonar, complicado por la presencia de dos derrames pleuríticos, uno seroso y otro purulento, que exigieron operaciones secundarias: el enfermo curó. Hasta ahora ha operado cuatro veces por quistes hidatídicos del pulmón; dos de estos operados tuvieron fístulas bronquiales secundarias.

Extirpación del útero cancereso por la vía vagino-abdominal. — El doctor *J. L. Faure* leyó un informe acerca del caso siguiente, comunicado por el Dr. Duval.

La enferma fué operada por el Dr. Quénu, quien practicó la histerectomía abdominal parcial por anexitis bilateral. Dos años después volvió esta mujer con un núcleo epiteliomatoso en su cicatriz vaginal. El Dr. Duval pensó entonces, para extirpar por completo esta vagina cancerosa sin peligro de inocular la herida durante la operación, de hacerla en dos tiempos: en el primero, perineal, desinsertó la extremidad vulvar de la vagina, la

disecó y la preparó, llegando lo más cerca posible de su fondo de saco; cerró después herméticamente por medio de una sutura la abertura inferior de este saco vaginal, y pasó al segundo tiempo de la operación, el abdominal, que le permitió extirpar fácilmente por arriba toda la vagina, que contenía en su interior el núcleo canceroso. La enferma curó sin complicaciones. A propósito de este caso y del éxito obtenido, cree el Dr. Duval que sería ventajoso aplicar este procedimiento de extirpación vagino-abdominal á todos los casos de cáncer uterino, en los que está indicada la ablación del útero; habrá así seguridad de extirpar todos los órganos genitales invadidos, sin el menor peligro de inocular la herida operatoria con los productos sépticos y neoplásicos que se derraman del cuello uterino.

El Dr. Faure no cree que sea esta la ventaja principal del método recomendado por el Dr. Duval; á su entender, es preferible al procedimiento de Wertheimer, en el que, después de desinsertar sólo por la vía abdominal la vagina lo más extensamente posible, se aplican sobre su extremidad inferior dos pinzas-cepos fuertes, que aseguran la oclusión perfecta y pone con más seguridad al abrigo la herida de toda inoculación séptica ó neoplásica. La gran ventaja del método vagino-abdominal aplicado á la extirpación del útero canceroso, es, según el Dr. Faure, que facilita de una manera especial esta extirpación. El tiempo más difícil y, por consiguiente, esencial en la histerectomía por cáncer, es la preparación minuciosa del tejido celular pericervical y la dirección de los uréteres. Cuando se utiliza sólo la vía abdominal, este tiempo operatorio es muy penoso, á causa de la profundidad en que es preciso trabajar, puesto que el cuello queda fijo en el fondo de la pelvis por la porción inferior perineal de la vagina. Si en cambio se desinserta previamente esta porción inferior en un primer tiempo operatorio ejecutado por la vía vaginal, es mucho más fácil en el segundo tiempo, abdominal, sacar al exterior la región del cuello y disecarla de buena manera.

Desde la comunicación del Dr. Duval, el Dr. Faure ha extirpado cuatro úteros cancerosos por este procedimiento, sorprendiéndole siempre la gran facilidad con que ha conseguido practicar la extirpación. Prueba de dicha facilidad es que la operación dura media hora menos (tres cuartos de hora en vez de hora y cuarto). Podría reprocharse al método vagino-abdominal el inconveniente de que un primer tiempo (vaginal) séptico precede al aséptico (abdominal); esta objeción, dice el Dr. Faure, carece de valor operando con guantes. Las cuatro enfermas que operó el Dr. Faure por este método curaron perfectamente.

El Dr. *Walther* apoyó lo indicado por el Dr. Faure: en dos casos de cáncer del cuello uterino complicado con fibroma del cuerpo, en los que el acceso á la región cervical hubiera sido dificilísimo por la laparatomía simple, pudo, gracias á la desinserción previa de la vagina por abajo, practicar sin dificultad la extirpación radical, en bloque, de todas las lesiones.

El Dr. *Hartmann* preguntó al Dr. Faure si sus operadas y la del doctor Duval padecieron trastornos vesicales á consecuencia de la operación, trastornos que se han atribuído á la supresión del punto de apoyo que la pared vaginal presta al bajo fondo vesical.

El Dr. *Faure* respondió que nada de esto había observado en sus enfermas, pero que en la del Dr. Duval la vejiga, infiltrada por la neoplasia, fué desgarrada al disecar la vagina. El desgarro, suturado acto continuo, no produjo complicación alguna.

El Dr. *Monprofit*, que no es partidario de la intervención en el cáncer del útero más que en los casos incipientes, cuando está limitado al cuello, sin infiltración del origen de los ligamentos anchos, cree que la operación aconsejada por los Dres. Duval y Faure es lógica si es necesario intervenir, aunque exista infiltración perivascular. Sin embargo, á su entender, la sutura hermética de la vagina no debe ser fácil, y la garantía que ofrece contra infección del campo operatorio es quizá ilusoria.

El Dr. *Segond*, que participa en absoluto de la opinión del Dr. Monprofit respecto á las indicaciones limitadísimas de la intervención en el cáncer uterino, preguntó cómo la técnica operatoria indicada por los Dres. Duval y Faure puede facilitar la extirpación del útero, puesto que éste se halla sostenido únicamente por el pié de los ligamentos anchos, y su liberación en este sitio es más fácil por el abdomen que por la vagina.

El Dr. *Faure* respondió que el útero está retenido en el fondo de la pelvis, no sólo por el pié de los ligamentos anchos, sino también y principalmente por la inserción perineal de la vagina; es indudable que el pié de los ligamentos anchos debe ser disecado para arriba, pero esta liberación es mucho más fácil cuando la vagina ha sido aislada de sus inserciones inferiores. — (*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 13 de Junio de 1906.

De la medicación sugestiva.—El Dr. Mathieu : Todos los médicos emplean la medicación sugestiva consciente ó inconscientemente, y yo me sirvo de ella todos los días y me presta muy buenos servicios, sobre todo en ciertos dispépticos nerviosos. En estos casos prescribo, á título de calmante, el vulgar diente de león, pero como *extracto de taraxacon dens leonis*, diciendo á los enfermos que se trata de un medicamento muy activo. De esta suerte obtengo curaciones admirables de sialorreas nerviosas. Recurro á las aplicaciones de *colodion coloreado con azul de metileno*, contra los dolores que los neurodispépticos sienten en el estómago. Un gramo de *agua clorofórmica* hace dormir los enfermos que padecen de insomnio. Este resultado es aún más frecuente con un gramo de *fosfato de sosa* que, en los dos tercios de los casos, obra también como el cloral y hasta he llegado á preguntarme si este medicamento no poseería una acción real soporífera. También empleo las inyecciones de *morfina* β, la cual no es otra cosa que una solución fisiológica de cloruro sódico. Esta misma solución, pero disfrazada con el nombre de *antifimosa*, empleada también en pequeñas inyecciones subcutáneas repetidas cada dos días, me ha dado mejorías muy manifiestas en los tuberlosos, los cuales comían y dormían mejor, cesaban de enflaquecer, especto-

raban, tosían y sudaban menos, y hasta acusaban una cierta mejoría de los signos físicos de sus lesiones pulmonares, todo lo cual nada tiene de sorprendente, puesto que los tuberculosos, forzosamente algo descuidados en una sala de hospital, conciben algunas esperanzas desde que se ocupan de ellos.

Hablando de los resultados que me da la medicación sugestiva, no pretendo enseñaros nada nuevo. Mi comunicación más bien tiene un objeto patológico que terapéutico. El punto sobre el que deseo insistir particularmente es el de que la medicación sugestiva nos permite con frecuencia reconocer la naturaleza puramente nerviosa, psíquica, de una manifestación morbosa. He mencionado ya las sialorreas que, cuando son de origen psíquico, ceden á la medicación sugestiva. Desde este punto de vista voy á citar un ejemplo referente á una mujer á la vez tabética é histérica. Esta enferma sufría crisis gástricas de dos clases diferentes: las unas, de origen francamente tabético, acompañadas de disminución en la cantidad de orina, resistían á las inyecciones de morfina β; y las otras, de naturaleza histérica, acompañadas de poliuria, cedían á dichas inyecciones. Para terminar, haré observar que los resultados de mi medicación sugestiva en los tuberculosos dan un criterio para apreciar el valor de los nuevos sueros y otros medios preconizados contra la tuberculosis. Para que puedan reconocerse como eficaces es necesario que estos tratamientos hagan más y mejor que lo que es posible obtener por la acción psíquica y fisiológica (según Cheron) de las pequeñas inyecciones de cloruro de sodio concurrentemente con la modificación favorable del ambiente de los enfermos.

El Dr. Barbier: Para apreciar el efecto de un tratamiento en la tuberculosis, es preciso guiarse, sobre todo, por el aumento de las masas musculares, la reconstitución de la sangre y la disminución de los esputos y de los bacilos; tampoco debe olvidarse que la mejoría aparente de los signos físicos es con frecuencia el resultado de una simple disminución de los fenómenos congestivos de alrededor de las lesiones tuberculosas.

El Dr. Le Gendre: Como el Dr. Mathieu, estoy convencido de la importancia de la sugestión en terapéutica y en particular en las enfermedades crónicas. He curado parálisis histéricas con píldoras de azul de metileno. En la medicación sugestiva es necesario distinguir dos elementos: la sugestión común y el efecto psíquico particular de los nuevos medicamentos y tratamientos. El hombre es un animal que vive de la esperanza; hay enfermos qae se sienten mejor cada vez que toman un nuevo medicamento ó que consultan á otro médico. Convendría que tuviéramos á nuestra disposición toda una gama de agentes de la medicación sugestiva.

(*Le Bull. Méd.*, núm. 48).—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 30 de Mayo de 1906.

Tumores de la médula espinal operados con éxito. — El Dr. *H. Hoppenheim* refiere dos casos que demuestran cuánto han contribuído los progresos del diagnóstico local para favorecer los resultados de las intervenciones terapéuticas.

En el primer caso se trataba de una mujer de treinta y tres años, que se presentó en noviembre del 1905 quejándose de que, desde julio del 1904, padecía de dolores entre los hombros y la nuca; en octubre del mismo año se presentaron, además, dolores y sensación de debilidad en el miembro superior izquierdo. Había estrechez de la pupila izquierda, síntomas de parálisis en la extremidad mencionada, más marcada en el triceps y en los músculos de la mano y de los dedos, y muy principalmente en los músculos pequeños de la mano. También la había en la porción costal del pectoral mayor. Ligera disminución de la excitabilidad eléctrica; moderada reacción de degeneración; parestésias y embotamiento de la sensibilidad en el brazo; el miembro inferior izquierdo arrastra algo al andar y presenta paresia espasmódica ligera, pero nada de atrofia ni de trastornos vasomotores. No hay nada de sífilis. En el lado derecho está muy disminuída la sensibilidad (dolorosa y térmica), hasta el nivel de la segunda costilla. El proceso morboso revela la existencia de una neoplasia de origen meníngeo, á nivel de las apófisis transversas de las vértebras cervicales sexta y séptima. En dicho punto había también sensibilidad á la presión y debilitación á la percusión.

Los rayos X no revelaron ninguna alteración en la columna vértebral. La paciente no consintió en la operación, pero habiendo empeorado mucho después, volvió en septiembre de 1905 con parálisis completa de las extremidades inferiores, más acentuada en la izquierda, gran excitabilidad refleja, y además, fenómenos espasmódicos en el lado derecho. También estaban paralizados los esfínteres. Por lo tanto, la compresión de la médula era completa, pero habían cesado los dolores, hecho que no es raro observar en este período de la enfermedad.

El 23 de septiembre fué operada la enferma por Borchardt, habiéndose encontrado el tumor en el sitio previsto. Al extirparlo se vió que era infradural, habiendo sido necesario, para extraerlo, quitar los arcos vertebrales sexto y séptimo. En dicho punto la médula espinal había sido aplastada por la compresión, hasta convertirse en una especie de cinta. El tumor, cuyo diámetro mayor siempre había sido vertical, resultó ser un fibrosarcoma. Al poco tiempo de la operación se inició la mejoría, empezando por el triceps; la parálisis espasmódica se convirtió en flácida. A los cuatro días se empezaron á mover un poco las extremidades inferiores, sobre todo la derecha. Después se fué acentuando la mejoría hasta tal punto, que la parálisis de los esfínteres desapareció á primeros de octubre, y que la enferma pudo hacer algunos ensayos de progresión. También mejoró, aunque poco, la parálisis del miembro superior izquierdo; posteriormente se pre-

sentaron contracturas en flexión de la mano y de los dedos. La enferma anda ahora perfectamente bien, presentando tan sólo ligeros resíduos de la parálisis de Brown-Sequard. El brazo derecho funciona normalmente, pero en el miembro homónimo hay atrofia muscular.

El segundo caso se refiere á un inspector de contribuciones, de cuarenta y nueve años de edad, quien se presentó en la policlínica el 28 de julio de 1905. Enfermó en otoño del 1904, iniciándose el mal con parestesia en las extremidades inferiores, seguida más tarde de dolores en las mismas, en la espalda y en el vientre, y posteriormente de debilidad y rigidez en dichas extremidades, con debilidad vesical é impotencia. La exploración dió á conocer la existencia de debilidad en el miembro inferior derecho, con rigidez muscular y exageración de los reflejos tendinosos. En ambos lados, ataxia motora y alteración de la sensibilidad, especialmente de la térmica, que está completamente abolida en el lado derecho hasta el nivel de la séptima costilla; en el izquierdo está menos acentuada. Con los movimientos se presentan dolores en la region dorsal media. También se descubre sensibilidad á la presión á nivel de la quinta vértebra dorsal.

El diagnóstico fluctuaba entre una neoplasia en el conducto vertebral ó una parálisis de los cordones laterales posteriores. Con estas dudas el autor ensayó el masaje y otros procedimientos que proporcionaron una mejoría muy pasajera, seguida de agravación en los síntomas motores y sensitivos. Entonces diagnosticó el autor un tumor á nivel de la quinta vértebra dorsal y propuso el tratamiento quirúrgico, que fué ejecutado el 22 de marzo por Borchardt. El tumor se encontró en el sitio previsto, resultó ser un fibrosarcoma y su extirpación exigió resecar tres arcos vertebrales. La extirpación del tumor hubo que hacerla á trozos porque era muy deleznable. En los días siguientes se presentó una gran mejoría, después un corto período de agravación con aumento de temperatura é incontinencia de orina, pero desde el sexto día, la mejoría fué haciendo continuos progresos. Lo que más llama la atención, aun hoy en día, es cierto grado de ataxia, pero como sólo hace dos meses que ha sido operado el paciente, es de esperar que lleguen á desaparecer los últimos restos de parálisis.

El Dr. *Borchardt* dice que la operación expone á dos peligros: el de la hemorragia y el de la evacuación de líquido cefalorraquídeo. Para evitar una gran hemorragia, se ha propuesto la operación en dos tiempos, pero operando rápidamente y teniendo ayudantes que sepan hacer el taponamiento, la hemorragia es pequeña. Se evita la gran evacuación de líquido cefalorraquídeo, colocando al paciente en decúbito abdominal y con la pelvis elevada. Se ha propuesto la resección temporal de los arcos vertebrales, pero es preferible quitar éstos. El peligro de la infección secundaria es debido á que á causa de la hemorragia posible y de la salida de líquido cefalorraquídeo, hay que dejar abierta la herida, la cual se ensucia fácilmente con la evacuación involuntaria de orina y heces fecales. Contra este peligro no cabe otra defensa que un aseo extremado, y renovar el vendaje tan pronto como se humedezca, si es preciso cada dos horas. Para evitar la úlcera por decúbito, que en estos enfermos sobreviene con la más mínima presión, hay que mantener alejada toda causa nociva que pueda ocasionar semejante lesión. En estos enfermos, á pesar de la asepsia más rigurosa,

puede suceder que el cateterismo uretral dé origen á una cistitis, pero ésta desaparece á las pocas horas.

El primer paciente fué operado el 28 de diciembre del 1905. Hecha una incisión vertical desde la cuarta vértebra cervical hasta la segunda dorsal, y disecada á ambos lados la capa muscular, se taladraron los arcos vertebrales, é introducidos por los orificios los extremos de una pinza cortante, se seccionaron y extrajeron dichos arcos. Dividida la dura madre, apareció á la vista el tumor, y se aisló y desprendió con instrumento romo. Sutura de los músculos con catgut y de la piel con seda.

En el segundo caso, la gran sensibilidad á la presión de la quinta vértebra dorsal, indicaba dónde había que trazar la incisión. Después de dividida la dura madre fué cosa fácil extirpar el tumor, y la herida curó con tal rapidez, que pudo darse de alta al paciente á las seis semanas.

Posteriormente operó el autor otro caso. Se trataba de una señora muy obesa, en la que trazó una incisión de 25 centímetros de largo, extirpando después el tumor, que estaba un poco á la izquierda y á la altura de la sexta vértebra dorsal. A los dieciséis días estaba curada la herida.

La mortalidad de la operación se calcula en un 50 por 100.

El Dr. *Oppenheim* presenta fotografías de cinco tumores que él había diagnosticado y que han sido operados. Las probabilidades de éxito de la operación son favorables cuando no se aplaza mucho. Los tumores de la médula espinal son menos raros de lo que se cree, y á veces se interpretan como casos de mielitis crónica, etc.

El Dr. *Pick* presenta seis preparaciones de tumores de la médula espinal. La primera se refiere á un tumor procedente de la misma vértebra, que es la forma más frecuente. Este enfermo murió en abril y la autopsia confirmó el diagnóstico. El segundo tumor radicaba en el espacio epidural; se trataba quizá de un goma. Los tumores tercero y cuarto provienen de la dura madre, y se han desarrollado en el espacio subdural (fibro-endoteliomas). El quinto caso es de gliosis, y el sexto, de tumor melánico de la médula espinal, tumor que hay que calificar de primitivo porque no se encontró ningún otro en el resto del cuerpo. Esta particularidad se explica recordando que la piel, el ojo y la médula espinal se desarrollan á expensas de la meninge blanda.

El Dr. *Fedor Krauss* dice haber operado, de 19 casos de tumor de la médula, 18; cinco sucumbieron como consecuencia de la operación, y uno algunas semanas más tarde de pulmonía. Perjudica mucho á estos enfermos, el hecho de permanecer mucho tiempo echados sobre el corazón, por lo cual el autor cuida de que descansen principalmente sobre los hombros, para que el tórax quede lo más libre posible. Tampoco es partidario de la operación en dos tiempos ni de la resección temporal de los arcos vertebrales que reseca, incluso el del atlas, si es preciso, puesto que es injustificado el temor á intervenir quirúrgicamente en las vértebras cervicales superiores, mucho más si se tiene en cuenta que se trata de afecciones que abandonadas á sí mismas, es seguro que terminan en poco tiempo con la vida del enfermo.

El Dr. *Hort* refiere que en la Caridad falleció hace algún tiempo un individuo que había sufrido la extirpación de un tumor melánico del cere-

bro, viéndose en la autopsia que había más tumores en dicho órgano, y que en cambio no se encontraron en otros donde es frecuente hallarlos (ojo, piel, intestino); en cambio se encontró en una cápsula suprarrenal un tumor mayor, que sin duda era el primitivo, siendo digno de mención que en los tumores cerebrales descubrió el microscopio acumulaciones celulares que recordaban la estructura de la cápsula suprarrenal.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

SOCIEDAD ALEMANA DE CIRUGÍA

Reunión XXXV celebrada en Berlín del 4 al 7 de Abril de 1906.

(Continuación).

Cirugía de la úlcera del estómago (*Continuación*). — El Dr. RYDIGIER (de Lemberg): Como no conocemos la causa remota de la úlcera gástrica, no hay tampoco ninguna operación que pueda evitar su recidiva. La resección no puede compararse con la gastroenterostomía, porque se ejecuta mucho menos, pero en principio no puede negarse que la operación que ofrece más probabilidades de curación es aquella que, como la resección, coloca al órgano en condiciones más normales. Verdad es que hay casos de úlcera múltiple, pero son los menos frecuentes, y aun en ellos cabe extirpar las úlceras que presenten peores condiciones. La resección coloca al estómago en mejores condiciones de evacuación que la gastroenterostomía; el contenido gástrico se mezcla con los jugos pancreático y biliar en el sitio normal; como consecuencia de la gastroenterostomía se observan no raras veces úlceras pépticas, y después de dicha operación puede suceder que úlceras con bordes callosos determinen la muerte por perforación y hemorragia, y en cambio la resección las hace desaparecer. Verdad es que después de la resección pueden sobrevenir hemorragia y perforación por úlceras que han pasado inadvertidas, pero con la gastrotomía se dejan intencionalmente dichas úlceras. Después de esta última operación es frecuente que queden adherencias que provocan estiramientos y fuertes dolores.

De 33 pacientes á los que practicó Clairmont la gastroenterostomía por úlcera gástrica, ocho sucumbieron desde luego. De los 25 restantes, nueve recobraron la salud, ocho no se curaron, seis murieron y de dos no se ha vuelto á saber de ellos en dos á cinco años.

En las estadísticas de la gastroenterostomía se ha borrado, sin razón, de la lista de éxitos funestos los casos que fallecieron más tarde de carcinoma, pues éste pudo haberse desarrollado sobre el fondo de la úlcera, y en esto precisamente lleva mucha ventaja la resección, única operación que puede prevenir tal eventualidad, cuya frecuencia varía según las estadísticas entre un 5 y un 30 por 100. Por lo mismo, es también la resección la operación indicada en el carcinoma incipiente. Cierto es que los defensores de la gastroenterostomía dicen que se debe de hacer la resección cuando se sospeche un carcinoma; pero ¿cómo se diagnostica éste? Por otra parte, el peligro de la resección en los casos de úlcera no es tan grande como se

ha afirmado, y no se puede comparar con el que implica en los casos de tumores malignos; además, con una técnica más perfecta son mejores aún los resultados de la resección. También tiene mucha importancia el tratamiento dietético consecutivo.

Aquí presento una mujer de cincuenta y cinco años, á la que le he practicado la resección del estómago, á causa de úlcera, hace veinticinco. La función motora del estómago es normal; la secretoria no tanto. La úlcera era muy extensa y penetraba hasta el páncreas. Esta enferma ha tenido varios hijos después de haber sido operada.

El Dr. Kümmell (de Hamburgo): La resección es una intervención incomparablemente más grave que la gastroenterostomía, y no siempre hace desaparecer la úlcera, sobre todo si ésta es múltiple. El peligro de que se desarrolle un carcinoma disminuye con la gastroenterostomía, porque ésta, al facilitar la evacuación del estómago, suprime la acción irritante que ejerce el contenido de la víscera. Importa mucho alimentar pronto á los operados. Hay casos en que, después de bien hecha la operación, sucumbe el paciente en un estado de nutrición muy deplorable. Por esta razón alimento muy bien á los operados desde un principio; además, para impedir que sobrevenga el vómito post operatorio empleo la anestesia con la escopolamina. Doy desde luego huevos y leche, y con esto he obtenido una restauración de fuerzas muy rápida hasta en pacientes que estaban muy decaídos.

He practicado la gastroenterostomía por úlceras 60 veces, con nueve muertes á consecuencia de embolia y pulmonía. De cuatro pacientes á los que practiqué la resección por tener estómago bilobulado, perdí uno. Con los rayos X se establece con bastante seguridad el diagnóstico diferencial entre el cáncer, la úlcera y el estómago bilobulado. De 17 casos de perforación aguda salvé siete con la operación practicada en las primeras horas siguientes al accidente.

El Dr. Kelling (de Dresde): Desde 1899 hasta fin de 1904 he hecho 74 operaciones por úlcera crónica del estómago, con tres fallecimientos. Prefiero la gastroenterostomía posterior con enteroanastomosis. Tres cuartas partes de los casos se curaron de un modo definitivo. En seis casos sobrevino recidiva con hemorragia, pero sin terminación mortal. En seis casos continuaron las molestias por tratarse de sujetos neurasténicos. En un caso se desarrolló una úlcera péptica del duodeno, y en otros dos se formó más tarde un cáncer gástrico de cuya existencia no se había percibido el menor indicio durante la operación.

En el sexo masculino una de las causas más frecuentes de la úlcera es la arterio-esclerosis; en el femenino, el espasmo vasomotor en la época del desarrollo y en la de la menopausia. Las causas más frecuentes de que no se cure la úlcera son: su localización desfavorable en el píloro, las malas condiciones de su fondo, v. gr., cuando lo forman el hígado ó el páncreas, la gastroptosis muy acentuada y ciertos factores de índole constitucional, tales como la anemia y la neurastenia. Es evidente que no está en nuestra mano evitar con seguridad las recidivas, pero es también indudable que el curso de éstas es mucho mejor en los enfermos á los que se les ha practicado la gastroenterostomía.

El Dr. Kocher (de Berna): Puedo dar noticia de los éxitos definitivos observados en 92 casos de gastrotomía operados por mí. Dos fallecieron de hemorragia secundaria por la úlcera, después de la operación; otro de hemorragia tardía, y otro de carcinoma. Los demás casos, ó sea el 95'6 por 100, se curaron. La gastroenterostomía es una operación sencilla y eficaz; la resección es mucho más difícil en los casos de úlcera que en los de cáncer, porque en los primeros está mucho más difundida la infiltración de la pared estomacal. Verdad es que después de la gastrostomía han enfermado de cáncer dos pacientes y que cuatro siguen quejándose de molestias, muy notables en unos é insignificantes en otros, porque la úlcera aún no está curada. El método operatorio más sencillo es el que da los mejores resultados; en este concepto, el que figura en primer término es la gastroenterostomía antecólica anterior, le sigue la gastroenterostomía retrocólica posterior (método v. Hacker), y en tercer lugar la gastroduodenostomía, con la que también se consiguen buenos resultados. El método en cuestión no es tan bueno, porque con los procedimientos sencillos son menos de temer las complicaciones, y en especial la pulmonía y las adherencias.

El Dr. Kausch (de Schöneberg): En mi concepto, se han juzgado con demasiada severidad la gastrolisis y la piloroplastia de Kronlein. Con ambos procedimientos he logrado buenos resultados en casos en que estaban indicados, pero no deben emplearse más que en éstos. Fuera de ellos prefiero la gastroenterostomía antecólica de Kocher, que es el procedimiento que expone menos á la formación de una úlcera péptica.

El Dr. Noetzel (de Francfort, sobre el Mein): Según las estadísticas de los casos de úlcera gástrica en que se procedió á la operación, se salvaron próximamente la mitad. También en Francfort se curaron siete y fallecieron seis. Yo practiqué esta operación en ocho casos; su técnica varía según las condiciones de cada uno. En dos de los casos no había peritonitis; en los otros ya se había desarrollado. Esta peritonitis es más maligna que la cecal. En estos casos se debe proceder siempre á la extirpación de la úlcera y al lavado de la cavidad abdominal. Importa mucho proceder pronto á alimentar bien al operado, pues de lo contrario sucumbe éste á la postración de fuerzas. Seis de los pacientes que se salvaron han podido ser examinados posteriormente; en todos ellos existía una sensación subjetiva de bienestar; en dos se encontró disminuída la acidez. También se hizo la excisión, siempre que fué posible, en los casos de úlcera no perforada, é igualmente la piloroplastia.

El Dr. *Körte* (de Berlín) da cuenta de 36 casos de perforación de la úlcera; dicha perforación se realizó 24 veces en la cavidad abdominal libre y 12 en el espacio subfrénico. El pronóstico de la operación depende de la prontitud con que se ejecute, á partir del momento de la perforación. En las primeras veinticuatro horas se obtienen buenos resultados; pasado dicho plazo, el pronóstico es malo. Conviene lavar muy bien la cavidad abdominal. El autor ha operado en 145 casos de úlcera; en 12 casos hizo la resección por sospecha de cáncer y úlcera cólica, con dos fallecimientos. La resección no conviene por el peligro de la hemorragia y porque la cicatriz puede ser punto de orígen de un carcinoma. Además, tampoco preserva dicha operación del peligro de las recidivas, que el autor ha observado dos veces.

El Dr. Katzenstein (de Berlín): Al juzgar del valor de la gastroenterostomía en los casos de úlcera gástrica, no se ha tenido hasta ahora muy en cuenta la influencia que dicha operación ejerce en el quimismo estomacal, pues si bien es verdad que algunos autores, como Kausch, han hecho ensayos con la comida de prueba en sujetos á los que se les había practicado la gastroenterostomía, no nos han ilustrado acerca de este punto, porque no han seguido los procesos químicos más que hasta cierta época. Así que para dilucidar este punto, he establecido fístulas gástricas en unos cuantos perros y he estudiado en estos animales el quimismo gástrico antes y después de la gastroenterostomía. Después de hecha esta operación, sea por el método anterior ó por el posterior, y con botón ó sin él, el contenido del intestino delgado pasa de un modo regular al estómago y lo hace en períodos que se acomodan á determinadas fases de la digestión. La consecuencia de este paso de jugo intestinal alcalino al estómago lleno de contenido ácido, no es otra que una disminución ó desaparición de la acidez; pero este proceso se debe, según lo han demostrado experimentos realizados *ad hoc*, no sólo á un cambio químico, sino muy principalmente á fenómenos nerviosos de naturaleza refleja.

Como el fermento gástrico que digiere la albúmina no obra más que en disolución ácida, de aquí que la primera consecuencia de la gastroenterostomía sea la deficiente digestión de la albúmina, deficiencia que se suple en parte con la tripsina del jugo pancreático. Además de esto he encontrado en el estómago, después de la gastroenterostomía, un nuevo proceso, á saber, una digestión muy manifiesta de las substancias grasas, digestión que reconoce por causas la propiedad emulgente de las grasas, de la bilis y el fermento que contiene el jugo pancreático. Según esto, después de la gastroenterostomía se conduce el estómago, respecto á la digestión de algunos alimentos, de un modo distinto á como se conduce el estómago normal, pues mientras para éste son de digestión difícil los manjares grasos, el estómago gastroenterostomizado los digiere muy bien, tolerando hasta la misma mayonesa, que no puede tolerar un estómago normal. En cambio, los principios albuminóideos puros que este último digiere fácilmente, lo hace con mucha dificultad el estómago que ha sufrido la gastroenterostomía.

En resumen: 1.° La gastroenterostomía no determina la curación de la úlcera, como se venía creyendo, por el hecho de provocar una evacuación más rápida del estómago, puesto que yo he demostrado que los ingesta permanecen en el estómago gastroenterostomizado tanto tiempo como en el normal. La curación de la úlcera se debe más bien á ciertas modificaciones químicas y muy principalmente á la disminución ó desaparición de la hiperclorhidria antes existente. Según esto, la gastroenterostomía viene á ser un tratamiento causal en los casos de úlcera gástrica. 2.° Como tratamiento consecutivo, aconsejo, en vista de estos hechos experimentales y de otros de carácter clínico, que se dé la preferencia á los alimentos grasos (desde el primer día nata, después manteca, tocino, etc.), para que dichas substancias grasas se combinen ó neutralicen con la bilis y el jugo pancreático existentes en el estómago, disminuyéndose de este modo el vómito post operatorio. Además de esto, á consecuencia del abundante desdoblamiento

de las grasas que se realiza en el estómago, se asimilan rápidamente dichas substancias, y el enfermo se nutre también con mayor rapidez.

El Dr. *Lorenz* (de Viena) se declara partidario de la gastroenterostomía. La excisión de la úlcera no conviene más que en casos excepcionales, y no da resultado si no va seguida de la enterostomía. Al intentar la resección, es muy fácil que pase inadvertida alguna úlcera muy oculta. El orador da cuenta, en pocas palabras, de 90 gastroenterostomías practicadas en la clínica de Hochenegg; seis pacientes, cuyas fuerzas estaban muy quebrantadas, sucumbieron después de la operación; otros tres fallecieron de complicaciones pulmonares.

El Dr. *Fiebig* (de Viena) refiere haber observado el efecto curativo de la gastroenterostomía en perros, á los que había hecho contraer una úlcera gástrica. La curación se obtenía al muy poco tiempo de haber hecho la gastroenterostomía.

El Dr. *Lauenstein* (de Hamburgo) hace observar que la nueva aglutinación de adherencias no se puede evitar por medio de la asepsia; sólo deja de presentarse cuando después de cortadas las adherencias queda una gran tensión. La multiplicidad de la úlcera puede tener gran significación cuando existe perforación. Así, en la autopsia de una joven que ingresó en el hospital con síntomas de peritonitis por perforación, pero que no fué operada por estar con un colapso extremo, se encontraron dos úlceras perforadas, una en la pared anterior del estómago, y otra en la posterior. El autor aconseja, cuando no hay ningún neoplasma, limitarse á la sutura de la úlcera perforada, porque dicha intervención nunca es tan grave como la excisión de la úlcera.

El Dr. *Graser* (de Erlangen) refiere haber hecho 190 operaciones en el estómago en los últimos cinco años. Un paciente con úlcera péptica del yeyuno se murió á la media hora, en la clínica, por hemorragia. En estos últimos años ha renunciado al botón de Murphy en la gastroenterostomía. Los síntomas de la estrechez pilórica no son á veces tan ostensibles como suele decirse. Así en un caso en que se sospechaba dicha estrechez y en el que un clínico como Sahli no se atrevía á establecer un diagnóstico, después de seis semanas de observación, se vió al fin, en la operación practicada por el autor, que había una estrechez pilórica del calibre de un cañón de pluma.

La operación en ipsilon, de Roux, la ha practicado el autor diez y seis veces seguidas y con buen resultado, y aunque es algo complicada, puede terminarse en menos de una hora; pero es preciso, para garantir el éxito, seguir exactamente la técnica aconsejada por Roux. El autor ha renunciado á la piloroplastia, porque en tres casos exigió operaciones secundarias. La resección la ejecuta por el método de Kocher; en tres casos adoptó un método mixto de Kocher-Billroth. Como después de una gran excisión queda el estómago muy pequeño y es difícil, por lo tanto, unirle á él el intestino, el autor, lo que hace en estos casos, es unir el estómago al yeyuno.

El Dr. *Clairmont* (de Viena) se muestra poco propicio á adoptar las ideas de Kronlein, en vista de lo que se ha observado en la clínica de Eiselsberg. De 91 casos de gastroenterostomía sólo en un 50 por 100 se logró la curación. En un 85 por 100 no se obtuvo ningún resultado. Para el éxito de la

gastroenterostomía es de importancia decisiva el sitio de la úlcera; si ésta radica cerca del píloro, el resultado es favorable; si radica más arriba, ya no lo es, y habrá entonces que apelar á otros métodos, á una combinación con otras intervenciones, tales como la exclusión del píloro y la yeyunostomía á las doce semanas. En los casos de hemorragias graves está indicada la resección.

El Dr. *Barth* (de Dauzig) dice haber operado en cinco casos de úlcera del duodeno; con la gastroenterostomía se consigue la curación. El diagnóstico diferencial con la úlcera del estómago es dificilísimo; el pronóstico de la úlcera no operada es absolutamente desfavorable.

El Dr. *De Hacker* (de Graz) y en su nombre un ayudante, dice que en 50 casos de úlceras se empleó casi siempre la gastroenterostomía, con una mortalidad de un 18 por 100. En los casos de úlcera de la pared abdominal está indicada la excisión. La gastroenterostomía siempre fué la retrocólica posterior.

Operaciones plásticas en el sistema biliar. — El Dr. *De Stubenrauch* (de Munich) refiere el caso de un hombre de cuarenta y seis años que, habiendo caído enfermo el año 1904 con calofríos, dolores y vómitos, presentó después ictericia. Más tarde fueron desapareciendo poco á poco todos los síntomas, pero el 27 de abril de 1905 se presentaron de nuevo dolores muy violentos, y el 1.° de mayo fué operado el paciente, encontrándose que había una estrechez del conducto colédoco producida por una pancreatitis. El 27 de junio se practicó una operación autoplástica para cubrir la fístula.

Tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago. — El Dr. *Braun* (de Gotinga) impugna la resección á causa de la frecuente multiplicidad de la úlcera gástrica. Así sucedió que un paciente falleció de hemorragia por una ulcerita que había quedado después de practicada la resección. Los bordes callosos de la úlcera tampoco indican esta operación, puesto que desaparecen después de la gastroenterostomía; las mismas adherencias tampoco son de gran importancia.

El Dr. *De Wreden* (de San Petersburgo) hace algunas observaciones respecto á la técnica de la gastroenterostomía. Es muy común que los pacientes lleguen á la operación en un estado muy deplorable. En este caso les inyecta 15 milígramos de morfina y practica después la gastroenterostomía bajo la acción de la cocaína y empleando el botón de Murphy. La operación resulta así muy fácil, y el autor la ha hecho con éxito 28 veces.

El Dr. *Heidenhain* (de Worms) llama la atención acerca de la combinación frecuente de la úlcera gástrica con el catarro de vértice; dicha combinación indica la intervención quirúrgica. Después de la gastroenterostomía ha visto sobrevenir recidiva en algunos casos. El hecho de que el operado quede sin ninguna molestia no es prueba segura de que se ha curado la úlcera; ésta puede subsistir, aunque latente, y, por lo tanto, conviene seguir examinando las heces fecales por si aún contienen algo de sangre. Sólo cuando no se encuentra ésta después de estar sometido el paciente á un régimen alimenticio exento de carne y al mismo tiempo de materias no blandas, es cuando se puede deducir con seguridad que está curada la úlcera.

El Dr. *Kader* (de Cracovia) aconseja que después de la gastroenterostomía se introduzca un tubo blando de desagüe por la nariz, de modo que

llegue hasta el intestino. Este tubo se dejará colocado durante cierto tiempo. También recomienda la anestesia espinal con tropococaína.

El Dr. *Brodnitz* (de Francfort, sobre el Mein) hace observar que, á pesar de la yeyunostomía, es muy abundante la secreción de ácido clorhídrico en el estómago, y que, por lo tanto, dicha operación no preserva á la úlcera. La gastroenterostomía anterior proteje contra el desarrollo de una úlcera péptica.

El Dr. *Seefisch* (de Berlín) dice que con la gastrolisis rara vez se logra el objeto propuesto, sobre todo en los casos de adherencias en superficie, pero tampoco suele servir, cuando las adherencias son en forma de brida. En uno de estos casos sobrevino recidiva, y también la ha observado á menudo después de la piloroplastia. En la gastroenterostomía emplea la sutura; si se quiere usar el botón de Murphy hay que adoptar la gastroenterostomía retrocólica; de este modo no cae el botón en el estómago.

El Dr. *Kuhn* (de Cassel) insiste en que en la gastroenterostomía tiene mucha importancia la magnitud de la incisión hecha en el estómago. No debe hacerse una abertura muy grande, porque en el acto de la operación se encuentra el órgano en contracción. Las consecuencias de incisiones demasiado grandes son las operaciones secundarias; basta con una abertura muy pequeña en el estómago. Después de la gastroenterostomía antecólica nunca ha visto un círculo vicioso.

Tumor piloso del estómago.—El Dr. *De Bramann* (de Halle) presenta una preparación procedente de una niña de diez años, la cual había recibido hacía un año una contusión en la región epigástrica, que estaba muy dolorosa. Aumentando la sensación de compresión tuvo que guardar cama; no había habido vómito ni ninguna perturbación funcional del estómago. Poco á poco se fué desarrollando un tumor del tamaño de un puño á dos dedos por encima del ombligo. El tumor era poco dislocable, y el sonido de percusión por encima de él se percibía obscuro; el apetito y la digestión se conservaban bien. Al inflar el estómago desaparecía el tumor y lo mismo al inflar el intestino. El autor no acertaba á descifrar la naturaleza de la neoplasia. Se hizo la laparotomía, y se vió entonces que la pared anterior del vientre estaba adherida al colon, al estómago y al hígado. Una vez desprendidas las adherencias de la pared anterior se incindió el estómago y se vió que el tumor contenido dentro de éste, y que representaba un molde completo del mismo, era un *tumor piloso* que enviaba una prolongación estrecha hacia el píloro y el duodeno. Llama la atención que la enferma no sintiera en el estómago otras molestias que una ligera presión al estar en pié y que no hubiese salido ningún pelo con las deposiciones. El tumor es negro, aunque la enferma es rubia, pero esto se explica porque había tomado muchos ferruginosos á causa de su supuesta anemia. La curación se efectuó sin ningún incidente.

Cuerpo extraño en el abdomen.—El Dr. *De Bramann* (de Halle), presenta una aguja de siete centímetros de largo que se había tragado una muchacha seis meses antes de haberse presentado al orador. Al hacerle la operación se vió que la aguja estaba alojada en una infiltración de la fosa ilíaca derecha; había salido del yeyuno por el pliegue yeyunal, y con su extremo puntiagudo penetraba todavía en dicha porción del intestino. Después de

extraída se cerraron los orificios por medio de sutura. Al lado derecho del duodeno existía una cicatriz callosa. Era evidente que la aguja había pasado por el estómago, que después había perforado la rama descendente del duodeno, y que, por último, había llegado hasta el yeyuno. Existía un hematoma retroperitoneal.

Extirpación de la vejiga y fijación de los uréteres en la flexura. — El doctor *Wilms* (de Leipzig), presenta un hombre al que le ha hecho la operación indicada, á causa de tener un tumor vesical. La mayoría de estos operados no han sobrevivido á la operación; sólo muy pocos han vivido algunos años más. La operación se hizo sin ningún contratiempo; los uréteres se fijaron sencillamente en un ojal practicado en el intestino, de tal manera que sus extremos sobresalían de tres á cuatro centímetros en el interior de este último, formando alrededor algo de mesenterio para evitar la flexión angulosa y la formación de fístulas. El estado del sujeto es muy satisfactorio: puede trabajar, y es capaz de retener la orina tres ó cuatro horas seguidas por el día y sin necesidad de levantarse durante toda la noche.

Contusión del páncreas; operación; curación. — El Dr. *Blecher* (de Brandenburgo) presenta un hombre que hace dos meses había recibido una coz en el vientre. A las veinticuatro horas, vómitos, dolores violentos en el abdomen y colapso. Cuando el orador vió al paciente había síntomas de hemorragia interior, percibiéndose cierta resistencia en el epigastrio por encima del estómago; no había nada de peritonitis. Se trataba, por lo tanto, de una hemorragia enquistada, procedente probablemente del páncreas. El autor hizo la laparatomía, y después de incindir el mesocolon llegó á una cavidad hemorrágica, encontrando entonces una rasgadura en la cara posterior del páncreas. Una vez hecho el taponamiento, el sujeto se repuso rápidamente y en la actualidad está perfectamente curado. A los tres días de la operación se encontró azúcar en la orina. La mejor manera de llegar hasta el páncreas es pasando á través del ligamento gastrocólico.—(*Deutsche Medizinal-Zeitung*). —R. DEL VALLE.

(*Continuará*).

PERIÓDICOS

Catarata de origen artrítico. — El Dr. C. Doljan, de Bucarest, refiere tres casos de catarata de origen artrítico que se curaron con un tratamiento alcalino.

En el primer caso se trataba de un hombre de setenta y dos años, que venía padeciendo de cólicos nefríticos desde hacía seis, habiéndose sometido con este motivo á una cura con aguas alcalinas. Cuando interrumpió esta cura se desarrolló una catarata doble de color blanco-amarillento. Al tomar de nuevo las aguas alcalinas mejoró su estado y á las dos semanas recobró la vista por completo.

En el segundo caso, relativo á un artrítico de cincuenta y seis años, hacía dieciséis que venía padeciendo de arenillas en la orina y de cólicos nefríti-

cos, y también de cuando en cuando de trastornos de la vista, que duraban algunas semanas. Por último, se desarrolló una catarata doble, la cual mejoró tanto con el uso de las aguas minerales alcalinas, que el paciente pudo dedicarse de nuevo á sus ocupaciones.

Un curso análogo siguió el tercer caso, en el que se trataba de un enfermo de cuarenta y dos años. — (*Spitalul*). — R. DEL VALLE.

Algunos problemas relacionados con el tratamiento de la neumonía.—La pérdida de la acción vasomotora es, según el Dr. Le Fevre, el peligro principal en la neumonía, y conviene poner de acuerdo las opiniones discordantes respecto al valor de ciertos estimulantes cardiovasculares cuando pierden su resistencia las arterias y arteriolas y se trastorna el equilibrio circulatorio, aunque el ventrículo izquierdo se contraiga con fuerza relativa. La sangre pasa con rapidez al árbol venoso y las arterias quedan casi vacías. El aumento de presión en las venas y la rapidez de los movimientos respiratorios distienden la aurícula derecha. El ventrículo derecho, debilitado, no puede vencer el aumento de presión sanguínea pulmonar, hay dilatación é insuficiencia de las cavidades derechas del corazón, tendencia á la trombosis cardíaca, edema pulmonar y deficiencia respiratoria. Para combatir este estado se aconseja la nitroglicerina, por creer que favorece la acción del corazón al dilatar las arterias. Esta creencia es infundada, y el Dr. Le Fevre ha obtenido malos resultados con el uso de la nitroglicerina y de los nitritos en tales casos. La nitroglicerina sólo está indicada cuando hay aumento de la tensión arterial y contracciones rápidas del corazón, como ocurre en la arterio-esclerosis y en la nefritis.

Contra la pérdida de la acción vasomotora pueden emplearse dos clases de estimulantes: 1.ª Los que obran sobre los centros medulares—estricnina, cafeína, atropina, cocaína. 2.ª Los que obran directamente sobre el tejido muscular de las arterias—digital, cornezuelo y extracto de las cápsulas suprarrenales. Cuando hay además debilidad y extenuación de los centros medulares, que se revelan por movimientos respiratorios poco profundos y rápidos, cianosis y apatía del enfermo, está indicada la estricnina á la dosis y con la frecuencia necesaria para aumentar la excitabilidad de dichos centros, pero vigilando sus efectos, que pueden ser contraproducentes. La atropina, la cocaína y la cafeína pueden usarse contra los accidentes que se presentan en la convalecencia, pero si la estricnina es ineficaz, lo son también estos estimulantes. Si hay insuficiencia respiratoria pueden emplearse la cocaína y la atropina, á causa de su acción sobre el centro respiratorio. El Dr. Le Fevre prefiere la cocaína, que aplica sobre el tabique nasal por medio de una pulverización ó con un pincel. Si el centro vasomotor no responde á la estricnina ó si este centro se debilita antes que los otros y la estricnina le estimula indebidamente, deben emplearse la digital, el cornezuelo ó el extracto de las cápsulas suprarrenales, por su acción sobre los vasos sanguíneos. La digital es el medicamento más útil contra el colapso vascular, inminente en la neumonía. Si hay, además, síntomas de extenuación de los otros centros, se emplea combinada con la estricnina. El cornezuelo está indicadísimo en la neumonía con descenso de la presión arterial. En los sujetos alcohólicos, sin arterio esclerosis ni

nefritis, el alcohol deprime el centro vasomotor y trastorna, por lo tanto, la circulación capilar. En los neumónicos alcohólicos hay lividez especial de la piel, que no depende de la cianosis por insuficiencia circulatoria. El pulso es muy débil y los esputos son sanguinolentos y obscuros, pero no del color herrumbroso ordinario. El cornezuelo, al tonificar el sistema vascular, corrige los síntomas más alarmantes. En algunos neumónicos alcohólicos, la estricnina mejora la circulación, pero aumenta el delirio y la agitación; es necesario entonces administrar el alcohol y los narcóticos para tranquilizar y hacer dormir al enfermo, porque dichos síntomas son susceptibles de trastornar más la circulación periférica. Los narcóticos deben administrarse por la vía hipodérmica, adoptando las precauciones asépticas necesarias. El extracto de cápsulas suprarrenales ó el cloruro de adrenalina obran sobre los vasos sanguíneos de una manera rápida y enérgica, pero sus efectos son fugaces. Están indicados contra el colapso vascular repentino, cuando se necesita conjurar el peligro inmediato, porque en la neumonía no debe perderse la esperanza hasta que el enfermo está muerto. Los estimulantes difusibles—alcanfor, almizcle, espíritu aromático de amoníaco, anodino de Hoffmann—son medicamentos de urgencia.

(*The Therapeutic. Gazette*, 15 mayo 1906).—F. Toledo.

Valor terapéutico de los climas relajantes. — En concepto del Dr. L. Williams, los climas relajantes, cuyas condiciones meteorológicas son poca altitud, mucho abrigo del viento, muchas horas de sol y un alto grado de humedad que favorece la uniformidad de la temperatura, así como no sientan bien á las personas sanas, prestan buen servicio en determinados estados patológicos, v. gr., las afecciones crónicas, pulmonares, cardíacas y renales, y las enfermedades crónicas del sistema nervioso que requieren un tratamiento más sedante que estimulante. Los climas mencionados convienen no sólo á los tísicos, sino también y muy especialmente á los enfisematosos. — (*Edinburgh. med. jour.*). — R. del Valle.

Un signo físico de adherencia de la placenta. — Según el Dr. Strassmann, existe un signo que permite conocer si la placenta se ha desprendido ó sigue adherida á la matriz. Basta percutir ligeramente el fondo del útero, teniendo sujeto con la otra mano el cordón umbilical. Si la placenta está adherida, se nota con toda claridad en el cordón una sensación de ola que se transmite desde el punto percutido á lo largo de la vena umbilical, y se repite á cada nueva percusión. La falta de este fenómeno indica estar ya desprendida la placenta.— (*Le Bull. Medical*, 12 mayo 1906).— F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LAS

FORMAS ATÍPICAS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

POR EL

DOCTOR CÉSAR JUARROS

Médico primero de Sanidad Militar.

La idea de que la parálisis agitante sea una neurose, cada día va contando con menos partidarios. Opínase hoy que dicha enfermedad puede ser realizada por distintas lesiones que, según el punto donde asienten, su intensidad y naturaleza, darán lugar á diferentes modalidades clínicas (Lamarche (1), Martha (2), Valery (3), etc.). Por esto tiene gran interés sistematizar, dentro de lo posible, las variedades, con el fin de ver si puede lograrse el ideal de conocer qué modalidad sindrómica corresponde á cada una de las variantes lesionales. Las formas atípicas que designó Charcot (4) con el nombre de frustradas, no lo son, sino simplemente formas incompletas (Brissaud) (5) que pueden multiplicarse indefinidamente, ya que como ha demostrado Valery (6), cada uno de los síntomas puede existir aislado, aun los de menor significación clínica, como la facies (Lecorche y Talamon (7), Lacoste (8), Rouvillois (9).

(1) Lamarche : Th. Montpellier, 1899.
(2) Martha : Th. Paris, 1888.
(3) R. Valery : Th. Paris, 1904.
(4) Charcot : Leçons cliniques, t. I.
(5) Brissaud : Leçons sur les m. nerv., 1895.
(6) *Loc. cit.*
(7) Talamon-Lecorche : Études médicales, 1882.
(8) Lacoste : Th. Paris, 1885.
(9) Rouvillois : Th. Lyon, 1898.

Bechet (1) es el que mejor ha clasificado las formas atípicas dividiéndolas en tres grupos. En el primero incluye las formas que se apartan del cuadro común por la ausencia ó modificación de alguno de los dos síntomas fundamentales, comprendiendo tres subdivisiones : 1.ª, las formas sin temblor ó sin rigidez muscular; 2.ª, las formas en que existe el temblor, pero cuya intensidad, ritmo ó amplitud y su existencia ó su exageración en los movimientos voluntarios (2) modifican el síndrome; y 3.ª, formas en que la rigidez presenta caracteres especiales : tipo de extensión en lugar de tipo de flexión (Charcot) (3); extensión con la cabeza dirigida hacia atrás (Dutil) (4), ó hacia un lado, simulando la tortícolis (Bechet) (5); extensión del tronco y de los miembros con flexión de la cabeza y del cuello (Bidon) (6).

En un segundo grupo reune los casos que se desvían del patrón ordinario por la localización ó modo de invasión de los síntomas; formas monoplégicas, hemiplégicas (7) ó paraplégicas (Meneroti) (8), Meinard (9), etc., etc.

El tercero y último grupo de la sistematización de Bechet, es aquel en el que se incluyen las formas anormales por la presencia de fenómenos raros (10).

Los casos cuya historia clínica vamos á relatar figuran todos dentro del primero y segundo grupo.

Observación 1.ª— M. G., de setenta y tres años de edad, natural de Galapagar (Madrid), soltero, pastor (11). Su padre murió de hemorragia cerebral, su madre en un fuego. Carece de todo antecedente neuropático familiar. Durante toda su vida ha gozado de excelente salud, salvo el haber padecido dos veces erisipela leve y anginas de tarde en tarde.

Hace tres años, estando una noche guardando el ganado, estalló una tormenta que le obligó á salir del chozo, para evitar que se des-

(1) Bechet : Th. Paris, 1892.
(2) Brissaud : *Jour. de L. Championnière*, 1894.
— Raymond: Soc. de Neurol., 6 julio 1905.
(3) Charcot : *Loc. cit.*
(4) Dutil : Th. Paris, 1891.
(5) Bechet : *Loc. cit*
(6) Bidon : *Revue de Méd.*, 1891.
(7) Berthomieu: Th. Toulouse, 1895.
(8) Messerott : *Rassegna di scienze mediche*, 1889 (cita de Gilli).
(9) Meinard : *Gaz. des. sc. méd. de Bordeaux*, 1888 (cita de Bechet).
(10) Raymond : Soc. de neurol., 6 de julio de 1905.
(11) Esta observación y la siguiente fueron recogidas en la clínica del Dr. Codina.

bandasen las ovejas, permaneciendo una media hora aguantando la lluvia. Al retirarse otra vez á su cabaña sintió un fuerte dolor en el brazo derecho; pero como había tirado algunas piedras con la honda, lo atribuyó á este ejercicio y no le dió importancia: á los ocho días apareció el temblor en la mano derecha y á los dos años en la izquierda.

Desde entonces se han ido acentuando los síntomas hasta llegar al estado actual, en que presenta un temblor menudo y rápido en ambos brazos, completamente característico, de 40 oscilaciones por segundo, y que se asemeja á la modalidad que se compara con el acto de tocar el tambor. La cabeza no participa del temblor, aun cuando pudiera hacer pensar en ello los movimientos que la imprimen la agitación de los brazos. El temblor se detiene durante los movimientos activos ó pasivos, conservándose en estos últimos tiempos durante el sueño hasta ser causa de insomnio.

La rigidez existe, aunque muy poco acentuada. Los músculos invadidos por el temblor dan al tacto la sensación de estar contraídos, lo que se observa también en la región posterior del cuello, probando así, una vez más, la certeza de la afirmación de algunos autores respecto á que la rigidez puede asentar en músculos respetados por el temblor. Hay una marcada lentitud y limitación de los movimientos. La cara de este enfermo, sin ser la característica de los parkinsonianos, la recuerda mucho por la poca movilidad de la expresión y la fijeza indiferente de la mirada. La palabra, aunque lenta, monótona, sin matices y obscura, tampoco es la que suele encontrarse en la enfermedad de Parkinson. Este mismo carácter de poca acentuación de los síntomas márcase aún más en la actitud, en que sería bastante difícil precisar si es sintomática de la enfermedad ó propia de la edad avanzada á que ha llegado el historiado. La marcha no tiene ninguno de los rasgos típicos, pues ni los pasos son cortos, ni los piés se separan más de lo ordinario, ni está aumentado el ángulo de abertura. Los reflejos tendinosos y cutáneos se hallan exagerados, no existiendo trastornos sensitivos. La necesidad de moverse se halla muy poco clara, pues aun cuando en todo el día no cesa de traginar, este ir y venir no obedece, al parecer, á una sensación penosa de impaciencia muscular. No hay sensación de calor ni de elevación de la temperatura periférica. No existen trastornos vasomotores ni sialorrea. Tensión arterial, 11. Las funciones de la vida orgánica parecen hallarse normales. Su estado intelectual corresponde bastante exactamente al descrito por Brissaud, estando ca-

racterizado principalmente por la falta de exteriorización. La pulsión es muy poco ostensible. Existen calambres y hormigueos en ambos brazos. Fuerza dinamométrica en el brazo derecho, 16 ; en el izquierdo, 13.

Observación 2.ª — C. G., de sesenta y dos años, natural de León soltero, jornalero del campo. Carece de antecedentes hereditarios y familiares. A los siete años tuvo viruelas; á los ocho, sarampión; a los catorce, escarlatina ; á los dieciséis, meningitis (?); á los veinte, pulmonía; á los cuarenta, paludismo (tercianas).

En marzo del año 1904, llevando un baúl, se paró á descansar junto á una fuente, de la que bebió agua sin haber cesado aún de sudar, sintiéndose paralizado bruscamente de ambas piernas; trasladado á una casa próxima se reanimó algo, mediante unas fricciones, pudiendo ir á su domicilio, aunque trabajosamente; guardó cama ocho días, y al levantarse se encontró con una gran debilidad en ambas piernas, que si bien le permitía moverse, le impedía todo trabajo; al año, dicha debilidad apareció bruscamente también en ambos brazos, sin causa á que poder ser atribuída. Desde entonces empezó á iniciarse la rigidez.

Su estado actual es el siguiente: No existe temblor tal como es corriente describirlo en la enfermedad que nos ocupa, hallándose en cambio un ligero titubeo al iniciarse los movimientos voluntarios, que recuerda el temblor intencional de la esclerosis en placas. En cambio llena toda la sintomatología la rigidez muscular que adquiere el valor de síntoma capital; todos los músculos del plano de flexión aparecen contraídos y casi leñosos al tacto el trapecio y el biceps braquial, cuyos movimientos son causa de dolor, siendo éstos limitadísimos y de una gran lentitud. La rigidez es tal, que permite al enfermo conservar una misma posición durante largos períodos de tiempo. Su facies es absolutamente característica; la mirada fija, indiferente é invariable; el enfermo, como dice Hirt, parece estar á salvo de toda emoción. La palabra es lenta, obscura, opaca, monótona y la actitud obedece á la fórmula clásica de inclinación de todos los ejes segmentarios del cuerpo. La mano está desviada hacia su borde cubital. Los reflejos, tanto tendinosos como cutáneos, están disminuídos. Existen calambres en la mano y pierna izquierdas y hormigueos en ambos muslos. La pulsión es muy manifiesta, habiendo la necesidad de moverse, pero no la sensación de calor que está sustituída por *ramalazos* alternativos de calor y frío á lo largo de los miembros, sin elevación de la temperatura ni tras-

tornos vasomotores. Tensión arterial, 18. No hay nistagmus. El estado intelectual mucho más acentuado aún que en el caso anterior. Fuerza dinamométrica en el brazo derecho, 26; en el izquierdo, 24.

Sensibilidad normal. Sialorrea, áunque poco abundante.

Observación 3.ª (1). — S. L., de cuarenta y seis años, natural de Toro (Zamora), casada. Su padre murió de pulmonía; su madre de un proceso vesical.

Ha tenido once hijos y dos abortos, que atribuye á impresiones morales. Sólo le viven tres, que tienen buena salud. No ha padecido otras enfermedades sino paludismo y un cólico nefrítico. Hace cinco meses, al levantarse, advirtió que el brazo derecho la temblaba, y pasados unos días notó en el mismo una sensación de frío de forma continua. A los dos meses de su aparición el temblor invadió la cabeza.

Actualmente se la observa un temblor horizontal típico, que asienta en la cabeza y brazo derecho, que no se modifica por influencia del acto de cerrar la mano, que los movimientos voluntarios hacen cesar y no la idea de realizar un acto. El temblor es de oscilaciones menudas y rápidas, que alcanzan la cifra de 30 al segundo. Al tacto se observa en el biceps braquial una ligera sensación de músculo sano contraído. Los reflejos rotulianos y cutáneos, normales. No se observan deformaciones ni actitudes viciosas. La cabeza se halla ligeramente flexionada. No hay propulsión, ni debilidad, ni atrofia muscular. El dinamómetro marca 24 en el lado derecho y 22 en el izquierdo. Los movimientos del brazo derecho son algunas veces dolorosos; á la presión despiértanse dolores en el biceps braquial y trapecio del lado derecho y en los extensores del raquis. La enferma no acusa calambres, pero sí hormigueos en el brazo enfermo si se detiene el temblor. En dicho lado sensación de calor exagerado, sin aumento de la temperatura periférica, faltando la sialorrea y los edemas, presión arterial 12. Tres años antes de comenzar el temblor tuvo vértigos, que la han durado hasta hace poco; la cefalalgia que los acompañaba, aún subsiste. No hay elevación de las cejas ni nada de especial en la fisonomía, ni nistagmus, y sí bastante adelgazamiento. Sensibilidad objetiva normal.

Observación 4.ª (2). — E. M., de sesenta y siete años de edad, natural de Robledo (Madrid), casado y de oficio jornalero. Carece de antecedentes hereditarios, no ha tenido hijos y le faltan todo género

(1) Observación debida á la bondad del Dr. Codina.
(2) Recogida en la clínica particular del Dr. Gereda.

de antecedentes personales, pues nunca padeció enfermedades de ningún género.

Hace tres años, estando sudando, se enfrió, y poco después comenzó á sentir hormigueos en el brazo izquierdo, hormigueos que le duraron cinco meses, presentándosele alternativa y caprichosamente. Pasado este tiempo comenzó á perder fuerzas en dicho brazo, y coincidiendo con esta pérdida, hizo su aparición el temblor. Hace cuatro meses todos estos fenómenos se fueron instalando en el brazo derecho.

Su estado actual es el siguiente : de aspecto algo caquéctico, presenta un temblor generalizado en ambos brazos. Menudo durante el reposo, bastante rápido, consta de oscilaciones verticales, recordando el clásico «emiettement» del pulgar. Se exagera cuando los miembros no están apoyados. La actitud realiza el tipo de flexión con la cabeza proyectada hacia adelante, con el mentón tocando casi en el esternón, brazos pegados al cuerpo, antebrazos semiflexionados y las primeras falanges flexionadas. Los miembros inferiores y la columna vertebral se conservan intactos. Los movimientos de los miembros superiores son muy lentos, estando la cabeza casi inmovilizada. No obstante, la cara apenas si inicia el aspecto caracterísco de la enfermedad que nos ocupa. No siente calor ni frío patológicos. Las masas musculares de los miembros superiores son poco voluminosas, pero sin llegar á la atrofia. La rigidez es muy poco acentuada. Los reflejos tendinosos de los miembros superiores se hallan exaltados y normales los del resto del cuerpo. Nada de trastornos sensitivos. Falta la sialorrea y la pulsión. No se aprecian trastornos psíquicos. Todas las demás funciones se realizan normalmente.

La etiología de estos cuatro enfermos tiene varios aspectos sumamente interesantes, pues si bien en tres de ellos parece hallarse de acuerdo con lo que, respecto á la edad de aparición, afirman los autores, rompe en cambio con la idea, bastante generalizada, de que la herencia juega en la enfermedad de Parkinson un importante papel, dando la razón á Oppenheim (1) cuando dice que la herencia no tiene en esta dolencia importancia, no obstante las observaciones de Weber, Borgherini, Bechet, Clerici y Medea (2), Bury y la más reciente de Papinio Pennato (3).

(1) Oppenheim: Tratado de enfermedades nerviosas (edición española).
(2) Clerici y Medea: *Rev. neurol.*, 1899.
(3) Papinio Pennato: *Riforma medica*, 1905 (R. M.).

De mucho más interés que la etiología es la comparación de estos síndromes con las formas clásicas. Una primera particularidad es el predominio excesivo de un síntoma sobre los demás: en las observaciones 1.ª, 3.ª y 4.ª el temblor, en la 2.ª la rigidez. Claro es que esto no tiene nada de nuevo ni de sorprendente, puesto que Oppenheim (1) ha insistido mucho sobre las formas en que falta el temblor, y Rabot y Bechet (2) sobre aquellas otras que tienen su fisonomía clínica basada en la falta de rigidez.

Mucho más curioso es la especial manera de empezar que ha tenido el proceso en cada uno de los cuatro: monoplégico en tres, paraplégico en otro y en tres bruscamente, contra la opinión de Charcot y de Stewart (3), que ha llegado á intentar clasificar los síntomas prodrómicos y en favor de los casos relatados por Moutier (4), Gilli (5), etc.

Las formas monoplégicas no son muy abundantes ni hay gran acuerdo sobre ellas, aun cuando Berber (6) crea que se presentan en un 35'7 por 100. Para algunos (7) trátase de una base de la enfermedad, y así parecen probarlos nuestros casos, de un modo de comienzo. No obstante, hay ocasiones (8) en que el proceso, lejos de generalizarse, conserva siempre su carácter hemiplégico, no debiendo confundirse tales cuadros clínicos con las enfermedades parkinsonnianas post hemiplégicas (9), en las que el antiguo paralítico se vuelve parkinsonniano (10), acaso sin que el segundo síndrome dependa directamente del primero. La observación 2.ª es, en lo relativo á este asunto, la que presenta mayor rareza en su comienzo, pues la forma paraplégica es muy poco frecuente, mereciendo la nuestra figurar junto á las de Messeroti (11), Mesnard (12), Berber (13), Ordenstin (14), etc., etc., con el distintivo de lo brusco

(1) Oppenheim: *Loc. cit.*
(2) Bechet: *Lot. cit.*
(3) Stewart: *Lancet*, 1898 (citado por Grasset).
(4) Moutier: Soc. neurol., 8 junio 1905.
(5) J. M. Gilli: Th. París, 1900.
(6) Berber: *Gaz. hebd.*, 1891.
(7) Gilli: *Loc. cit.*
(8) Moutier: *Loc. cit.*
(9) Ricoux: Th. Nancy, 1882.
(10) Manuelides: Club medical de Constantinopla, 1904 (*Rev. neurol.*, número 6, 1905).
(11) Messeroti: *In Rassegna di science mediche*, 1889 (citado por Gilli).
(12) Mesnard: *Gaz. des sc. med. de Bordeaux*, 1888 (citado por Rachet).
(13) Berber: *Loc. cit.*
(14) Ordenstein: Th. París, 1867 (según Gilli).

de la aparición y la relativamente pronta invasión de los miembros superiores.

De los demás síntomas que señalan los tratadistas, la mayoría falta en nuestros enfermos. Así, por ejemplo, los dolores señalados por Ordenstein (1) sólo se presentan en uno y con escaso relieve, sin alcanzar la preponderancia del caso tipo relatado por Seint Leger (2). La caquexia tampoco existe, ni los edemas, ni la sialorrea, pues no merece el nombre de tal el aumento de secreción salivar de la observación 2.ª, con lo que se suma un argumento más en favor de la opinión de Mazataud (3), siendo además digno de hacerse notar que se presenten en el que predomina la rigidez muscular, lo que hace pensar si será debida á rigidez de los músculos de los labios, menton, lengua y faringe, como piensa Catola (4) contra la teoría bulbar de Bruns. No hay tampoco en ninguno de los cuatro equimosis espontáneos de los señalados por Honeix de la Brousse (5) ni asociaciones reumáticas (Charcot) (6), ni histéricas (Dutil) (7), ni trastornos de la nutrición general (Alquier) (8), faltando en dos la sensación de calor sustituída en la observación 2.ª por alternativas de calor y frío. La necesidad de moverse no hace más que iniciarse. No se halla elevación de la temperatura periférica.

Esta misma variabilidad, esta separación de los cuatro casos del tipo clásico y de cada uno de ellos entre sí, viene á probar una vez más que el número de formas puede ser infinito, acaso porque aquí, como en la esclerosis en placas, el síndrome dependa más del asiento y agudeza del proceso, que de éste en sí mismo. Según todas las probabilidades, las lesiones del síndrome de Parkinson asientan en el istmo del encéfalo, siendo cada síntoma función de una lesión localizada (9).

(1) Ordenstein: Th. Paris, 1867 (según Gilli).
(2) Seint Leger: Th. París, 1879 (citado por Gilli).
(3) Mazataud: Th. París, 1898.
(4) Catola: Soc. neurol., 12 enero 1905.
(5) Honeix de la Brousse: Th. París, 1898.
(6) Charcot: Leçons du mardi, 1861.
(7) Dutil: Th. París, 1891.
(8) Alquier: Th. París, 1906.
(9) Valery: *Loc. cit.*

REVISTA DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO RUEDA

Director de la Consulta oto-rino-laringológica del Hospital de la Princesa.

SUMARIO: I. La autoplastia del conducto auditivo externo en la cura radical de la otorrea. — II. Contribución al estudio del signo de Gradenigo.— III. Origen de los pólipos mucosos retronasales. — IV. Sobre el uso de la parafina en rinología. — V. Traqueotomía y tirotomía. — VI. El cloruro de calcio como agente hemostático preventivo.

I. Aunque la materia de que vamos á tratar parece resuelta por la práctica en todos sus puntos, no nos parece inútil fijar algunas ideas en el ánimo de los menos expertos, aprovechando las conclusiones señaladas por el Dr. Moure en la última reunión de la Sociedad francesa de Laringología, etc., que representan la enseñanza adquirida en 700 operaciones mastoideas que lleva ejecutadas.

Para orientación de los menos enterados en la cuestión, diremos que en la operatoria radical de las supuraciones crónicas del oído medio, existe un tiempo que consiste en acomodar el conducto auditivo cartilaginoso, de tal modo, que el conducto óseo, la caja timpánica y el espacio mastoideo, constituyen una sola cavidad, y de tal manera, que, resultando el meato auditivo muy ancho, consienta fácilmente por él la curación de la cavidad operatoria.

Después de varios tanteos en este sentido, realizados por diversos autores, cuyos procedimientos de autoplasia del conducto registran los tratados clásicos, resolvió el Dr. Moure hace tiempo reunir completamente, y en el acto operatorio, la herida retro-auricular, sea cual fuere la causa de la otorrea, maniobrando sobre el conducto, de tal modo, que siempre pueda consentir las curaciones por tal vía.

Para conseguir este propósito, el Dr. Moure ha propuesto en unos casos la resección total del conducto, en otros la resección de un colgajo después de haber incindido longitudinalmente el conducto; en ocasiones prolonga la incisión hasta la misma concha, sobre la que ejecuta incisión crucial en T, sujetando con catgut los dos colgajos resultantes á las porciones superior é inferior, respectivamente, de la herida retro-auricular. Con estas diferentes maniobras bien eje-

cutadas se consigue el espacio suficiente para la curación é inspección del foco operado.

En circunstancias especiales, obreros poco cuidadosos, focos de colesteatoma, reemplaza Moure el procedimiento llamado de Siebenmann, por la resección pura y simple de una porción del cartílago de la concha, con lo que se obtiene toda la amplitud deseada.

II. La ocurrencia de una parálisis del motor ocular externo en el curso de una otitis media aguda séptica, constituye el signo de Gradenigo, del nombre del especialista italiano que más se ha ocupado en la dilucidación de este fenómeno.

El número de casos que actualmente registra la literatura, que no llega á 30, y la falta de datos necrópsicos, hace imposible edificar una teoría que satisfaga, siendo los datos clínicos realmente tan contradictorios, que más sirven para extraviar que para aclarar la cuestión.

Por esto, el recoger los nuevos casos publicados tiene interés, pues, representan los elementos sobre que el edificio ha de de fundamentarse.

Contrasta sobremanera en la evolución de la enfermedad el hecho de que, en la mayoría de los casos (19 en 22), la curación ha sobrevenido sin consecuencias en el transcurso de varias semanas, mientras que en unos pocos se ha declarado un estado meningítico con terminación funesta. De aquí que unos observadores hayan pensado para la explicación del fenómeno en reflejos nerviosos, fáciles de traer á la escena, y otros hayan apelado á la meningitis serosa ó purulenta, según los casos.

La observación que el Dr. Jacques (de Nanzy) publica en el número de junio de los *Annales des maladies de l'oreille*, etc., es de interés á este propósito, aunque, en verdad, tampoco sirve para sustentar una teoría, pues le falta la necropsia, ya que los datos biópsicos que aporta no son lo bastante claros con respecto al signo clínico en cuestión.

Encabeza la observación con el siguiente epígrafe: *Paresia progresiva del elevador del párpado y después del motor ocular externo, en el curso de una otitis media supurada aguda no complicada. Meningitis generalizada con flujo abundante de líquido cefalorraquídeo por el oído, quince días después del principio de la parálisis. Muerte.*

Un niño de siete años sufre los fenómenos corrientes de una otitis aguda que se perfora espontáneamente, y *cuya perforación es dilatada por el bisturí del especialista.* Más tarde presenta ptosis, y en

vista de que se agrega un estado febril que pasa de 39° y se presentan los fenómenos propios de una oftalmoplegia externa, se concluye que el paciente se encuentra en gran inminencia de peligro para la vida, corroborada esta idea por la circunstancia de que los tapones de algodón colocados á la entrada del oído se imbiben de un líquido incoloro, muy abundante, seroso, que se acumula en la concha, llenándola en pocos instantes, agregándose á esto una constipación absoluta y un vientre retraído, con rigidez de la nuca y vómitos repetidos.

Decidida una intervención de urgencia para en lo posible detener la invasión de la meningitis que evoluciona, se vacían las mastoides y caja timpánica sin encontrar acumulaciones sépticas ni trayecto fistuloso endocraneal que explique lo sucedido, por lo que se continúa la exploración resecando la bóveda de la caja y del antro mastoideo, con lo que descubriendo sana la dura madre se incinde y se procura salida de una notable cantidad de líquido seroso.

El curso post operatorio ha sido el de una leptomeningitis, que ha conducido á la muerte en coma, después de fenómenos convulsivos repetidos.

El examen del líquido raquídeo extraído por la punción lumbar practicada antes de la operación, ha dado leucocitos abundantes mono y polinucleares y un cultivo puro de un microorganismo que corresponde á la descripción del enterococo de Thiercelin.

Según el criterio del autor, la causa de la parálisis del abductor del globo ocular ha residido en un foco flogístico que ha comprendido la trayectoría del motor ocular externo.

Concluye que, en el terreno pronóstico, el signo de Gradenigo debe ser siempre mirado como un indicio de inminente gravedad, que obliga á permanecer armados contra todo evento.

III. En oposición á los pólipos mucosos de la nariz, que en su gran mayoría tienden á salir por la abertura anterior, existen otros que son arrastrados hacia las coanas, invadiendo la nasofaringe, donde toman cuerpo y donde la rinoscopia posterior los revela apoyados sobre el velo del paladar. Bajo ningún concepto científico pueden diferenciarse unos de otros, perteneciendo todos á la categoría de neoplasias de estroma fibroso de grandes mallas ocupados por serosidad infiltrada, y á veces constituyendo verdaderas lagunas quísticas.

Lo que obliga á considerar estos pólipos en grupo separado es: de un lado, la mayor dificultad para ser diagnoticados; de otro lado,

su original punto de procedencia, y finalmente la mayor dificultad que ofrecen para su extracción.

Sobre el segundo punto, publica el Dr. Killian (de Friburgo) un trabajo en los *Annales des maladies de l'oreille*, etc., del mes de mayo, en el que expone ideas con las que mi observación particular coincide, por lo que voy á transcribirlas brevemente.

La experiencia de Killian, que comprende 22 casos, le hace admitir que los pólipos retronasales son ordinariamente únicos y unilaterales, piriformes, muy alargados, cuyo pedículo, como estirado, es intranasal, y cuyo extremo terminal, abultado, pende en el espacio nasofaríngeo. La observación minuciosa de varios casos le autorizan para admitir que estos pólipos nacen en el interior del seno maxilar, donde crecen en estado latente hasta hacer su salida por el *ostium* natural ó uno accesorio, en cuyo punto sufriría una estrangulación, que explica la delgadez del pedículo que se aprecia al ser operado, así como la considerable extensión.

Para cerciorarse antes de la operación, precisa cocainizar fuertemente la zona del canal medio y emplear el espéculum de Killian para la rinoscopia media, con el que, rechazando el cornete medio contra el tabique nasal, puede verse aparecer el pedículo lateralmente por detrás de la región de la apófisis unciforme. Con un estilete curvo es posible rodear el pedículo y cerciorarse que el orificio accesorio por donde sale es notable por su diámetro.

Aplicando el aprietanudos bien sobre la raíz, y procediendo por arrancamiento, se nota que la porción antral es á veces considerable y hasta de 3 y 4 centímetros.

El Dr. Killian ha notado la existencia de un surco transversal en el pedículo, así como también la resistencia que opone al arrancamiento y la circunstancia de que al verificarse suele ir acompañado de un derrame de líquido seroso; por lo que supone con razón que en el interior del antro, el pedículo es grueso y quístico, que resulta estrangulado á su paso por el orificio, y que la rotura del quiste intrasinusal explican lo membraniforme del pedículo y el escape de líquido seroso

IV. A pesar del tiempo transcurrido desde que Gersuny inició el empleo de la parafina en inyecciones intersticiales, todavía los autores no llegan á una conclusión uniforme respecto á ciertos detalles de técnica, obteniendo resultados contradictorios en muchos casos.

En la reunión del mes de mayo de la « Société française d'otologie, de Laryngologie et de Rhinologie », se han ocupado de esta cuestión

personas de tanta experiencia en la materia como Brindel (de Burdeos) y Broeckaert (de Gante), manifestándose en discrepancia respecto al uso preferente de las dos parafinas, la líquida y la sólida.

El Dr. Brindel, ensayando el empleo de la parafina sólida fusible de 45 á 50°, tan calurosamente ponderada por Broeckaert, en el tratamiento del ozena, ha visto frecuentemente producirse la eliminación espontánea de la substancia por esfacelo de la mucosa, aunque la cantidad inyectada haya sido muy pequeña.

De la comparación que establece con la parafina caliente, es decir, inyectada fundida, se desprende la superioridad incontestable de ésta en el tratamiento del ozena.

El Dr. Mahn considera que la parafina sólida, es decir, fría, resulta superior, si se tiene la precaución de calentar la jeringa y la aguja, de modo que siendo la materia pastosa penetra en los tejidos sin comprimirlos ni mortificarlos.

Ocupándose Broeckaert del valor curativo de las inyecciones de parafina en el ozena, afirma que en 39 fosas nasales enfermas, ha obtenido 23 curaciones completas, 7 mejorías y 10 fracasos, entendiendo por curación la ausencia persistente de fetidez y costras sin necesidad del empleo de las irrigaciones nasales.

Se explica este resultado, según el autor, por la producción de una *esclerosis de la mucosa* que comprime y destruye las glándulas origen de la secreción fétida, cuyo resultado aparece comprobado por el estudio histológico de cortes de la mucosa.

Nosotros, revisteros imparciales de toda innovación, cumplimos nuestra obligación apuntando estas cifras, sin comentarios, pues ya en otro lugar hemos significado nuestro criterio sobre la materia.

V. Aunque se trata de un asunto algo manoseado, como nunca lo bueno sobra, nos vamos á ocupar en sintetizar las ideas últimamente vertidas por el Dr. Moure, respecto á la oportunidad de ejecución de la traqueotomía, juntamente con la tirotomía; la gran experiencia adquirida por este maestro da valor á sus conclusiones.

Sentando como principio que las circunstancias en que somos llamados á intervenir son bastante diferentes, piensa que la conducta debe ajustarse á cada caso.

Cuando se trata de cuerpos extraños enclavados en la laringe ó de tumores benignos que han de ser poco hemorrágicos, es posible practicar la abertura laríngea sin traqueotomía previa.

Cuando se trata de tumores malignos de ancha implantación,

piensa el Dr. Moure que la colocación de una cánula traqueal es preliminar necesario antes de incindir el tiroides, proporcionando las ventajas de facilitar la cloroformización y garantir contra la penetración de sangre en el árbol respiratorio, pudiendo trabajar libremente el operador sobre la laringe abierta y ayudándose de la aplicación tópica de cocaína y adrenalina.

Considera también que la traqueotomía debe ser temporal, y que una vez terminada la intervención, debe procederse á la sutura laringotraqueal, exactamente como si la traqueotomía no se hubiera practicado.

Al objeto de facilitar la reunión inmediata de la herida traqueal, aconseja el empleo de cánulas aplastadas, que separan poco los anillos traqueales.

En ideas semejantes abunda también el Dr. Lermoyez, quien dice que la laringotomía sin traqueotomía es una mediana operación, y que la práctica contraria es excelente, sintetizando su criterio en una imagen que encontramos excelente: «Cuando se quiera trabajar en seco sobre el lecho de un río, se deriva el curso de la corriente».

VI. Como ya hace algún tiempo que por varios experimentadores se vienen comprobando los efectos hemostáticos del cloruro de calcio administrado al interior, no debemos pasarlo en silencio, aunque personalmente tengamos que confesarnos un tanto escépticos sobre tan relevante cualidad, que, por lo menos dentro de nuestra especialidad, sería preciosa, por lo que simplificaría una porción de operaciones.

El Dr. Toubert (de Montpellier) afirma haber obtenido resultados notables, comprobando la cualidad que este medicamento posee de aumentar la coagulabilidad de la sangre. Esta propiedad la considera de interés, sobre todo cuando son de esperar las hemorragias en sábana y son de temer los hematomas post operatorios.

El cloruro de calcio lo prescribe en poción á la dosis cotidiana de 2 á 3 gramos, uno ó dos días antes de la operación, siendo siempre bien tolerado. Hace notar el autor su incompatibilidad con la leche.

Su empleo le ha proporcionado excelentes resultados en las siguientes operaciones: trepanaciones mastoideas, fraccionamiento de amígdalas, extirpación de vegetaciones adenóideas, operación de crestas del tabique nasal, intervenciones sobre el seno maxilar y el etmoides.

Ha podido practicar las intervenciones sin interrumpir la maniobra para ocuparse de la hemostasia, sin necesidad de taponamientos posteriores, reduciendo el número de las ligaduras perdidas y no ocasionándose hematomas en el curso post operatorio.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DR. D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

I. Compendio de Fisiología, por E. Hedon, traducción de la 4.ª edición, corregida y aumentada. Barcelona. Un tomo en 8.° de 624 páginas.

II. Lecciones elementales de Fisiología é Higiene, por Carlos S. Porter. Valparaiso. Un tomo en 4.° menor, de 124 y 69 páginas respectivamente.

I

Como la Fisiología, tanto general como humana, ha hecho grandes progresos en estos últimos tiempos, y si no todos, una buena parte de dichos progresos conviene que sean conocidos aun por el médico más engolfado en el tráfago de la práctica diaria, es útil la publicación de obritas como la presente, que en reducido espacio sirven para refrescar nociones á veces olvidadas de puro sabidas, y para dar á conocer las nuevas adquisiciones que se han realizado en el domnio de la Ciencia de la vida.

En general, cumple bien este cometido la obra actual, puesto que con claridad y concisión se exponen en ella los hechos y alguna vez hasta las teorías que más importan conocer en Fisiología. Un espíritu suspicaz pudiera echar de menos algunas novedades que pueden tener su utilidad práctica, v. gr., alguna alusión á la digestión de las grasas por el jugo gástrico y hasta recordar que los tres colores fundamentales en la teoría de Young y Helmoltz, son el rojo, el verde y el *violeta*, no el *azul* como dice el autor, pero son detalles estos de poca monta que no quitan al libro su valor indiscutible, y que es de esperar sean corregidos en ediciones sucesivas.

Esto mismo debo decir de cierto descuido en la traducción, que sin quitar claridad al texto le hace poco castizo en bastantes ocasiones.

II

La obra actual consta de dos partes: la primera comprende la Fisiología, mejor dicho, una parte de ella, porque el librito está sin terminar; la otra, escrita por el Dr. Grossi, trata de la Higiene.

Ambas tienen un carácter elemental, como escritas para los aspirantes á oficiales de la Armada chilena. En tal concepto, satisfacen cumplidamente su objeto. En la Fisiología, además de un texto claro y comprensivo de aquellas nociones que debe poseer todo hombre de cierta cultura, y mucho más el que ha de intervenir de un modo más ó menos directo en el cuidado y dirección de muchos de sus semejantes, se encuentran bastantes figuras, en mayor número proporcionalmente que en otras obras de más pretensiones. Y debo hacer constar, además, que dichas figuras, originales muchas de ellas, están muy bien hechas, constituyendo así un buen complemento del texto.

En cambio en la Higiene sólo se encuentra una lámina, pero realmente no puede hacerse por esto ningún reproche al autor, pues dado el carácter elemental de su trabajo, no hacía gran falta en él semejante complemento.

El texto, metódico y bien escrito, da idea suficiente de los conocimientos higiénicos que necesita poseer un futuro oficial de la Armada, sin que por eso deje de ser también útil á todo aquel que quiera ponerse al corriente de los conocimientos más fundamentales entre los que constituyen hoy el dominio de la Ciencia de la salud.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 9 de Junio de 1906.

De la pelagra. — El Dr. *Codina* dice que se levantó en la sesión anterior después de presentar el cuadro donde resumía las investigaciones personales que había llevado á cabo acerca de las presiones arteriales en los pelagrosos, y cuando se disponía á manifestar que de todos los datos que había aducido surgía la creencia, no la prueba irrefutable, de que la pelagra no

era un proceso infeccioso sino un proceso tóxico. Ahora bien, y este es el punto culminante del problema patogénico, ¿se trata de una intoxicación *exógena* ó de una intoxicación *endógena*? Fundándonos en las ideas corrientes, parece resuelto el problema: se trataría de una intoxicación exógena externa, y cuya puerta de entrada se encontraría en el aparato digestivo.

Pues bien, á esta solución corriente y tradicional es á la que creo que pueden oponerse muy graves y serios reparos, fundados en la característica general de todas las intoxicaciones exógenas. Sabido es que, cuando éstas son agudas, la supresión del tóxico va seguida de la curación más ó menos rápida de los accidentes, y cuando son crónicas dicha supresión, si no va seguida de curación, determina por lo menos una mejoría progresiva y persistente. Así sucede con el plomo, mercurio y hasta el alcohol, y si en estas intoxicaciones crónicas quedan residuos patológicos después de suprimido el tóxico y bien tratada la intoxicación, ligados indudablemente á procesos que podríamos llamar *paratóxicos*, como los hay parasifilíticos y paratuberculosos (es decir, *parainfecciosos*), siempre se obtiene una mejoría en el conjunto del cuadro clínico y la curación absoluta de alguna manifestación sintomática, mejoría y curación persistentes, si no vuelve á obrar de nuevo el tóxico; y esto es precisamente lo que no ha sucedido en los casos de pelagra que yo he visto, en los cuales la marcha ha sido fatalmente progresiva, aunque la duración haya sido más ó menos larga, á pesar de sustraer á los enfermos de los focos primitivos donde podían haberse intoxicado, á pesar de mejorar las condiciones de ambiente y alimentación y á pesar de someterles á tratamiento.

Estas diferencias de la característica patológica fundamental me han hecho pensar que muy bien podría encontrarse la causa de la pelagra en una *intoxicación endógena*, y me parecía vislumbrar argumentos en su favor, aunque no argumentos irrebatibles, por una parte, en los grandes vacíos que aún existen en la fisiología y en la patología de muchos órganos, y en particular de las llamadas glándulas vasculares sanguíneas, y por otra, en la semejanza de curso más ó menos intermitente, marcha progresiva, terminación funesta y trípode sindrómico de trastornos nutritivos, de la piel y del sistema nervioso que existe entre la pelagra y muchas enfermedades ligadas etiológica y patogénicamente á la patología de dichas glándulas (mixedema y enfermedad de Addisson, por ejemplo). Si realmente existiera en la alteración de un órgano determinado la fuente única de la intoxicación pelagrosa, entonces se explicaría perfectamente la pluralidad de causas que pueden hacer enfermar aquel órgano, y el por qué unas veces el maíz averiado y otras el sano, y otras la alimentación de *la busca* y otras ninguna de estas causas provocan la pelagra, y el por qué en otras ocasiones los mismos factores etiológicos no la provocan. Se trataría sencillamente, como en tantos otros procesos patológicos sucede, de que el órgano, incógnita en estos momentos, tuviera una aptitud, una susceptibilidad mayor ó menor, heredada ó adquirida, á enfermar y hasta á enfermar siempre en determinada forma, revelada sintomáticamente, también siempre, por el mismo cuadro clínico fundamental.

De ser, pues, la intoxicación *endógena*, ocurre preguntar: ¿cuál es el órgano alterado? ¿Cuál la función alterada? Difícil es dar hoy cumplida con-

testación á estas preguntas. Desde el punto de vista sintomático, no parece admisible que los fenómenos de la piel sean la causa de los del aparato digestivo y de los del sistema nervioso ó viceversa, y en cambio parece muy lógico y razonable que todos dependan de un mismo órgano alterado, que todos tengan un mismo origen orgánico y vayan presentándose sucesivamente en la escena patológica á medida que progresa el proceso fundamental y único en el órgano responsable. Desde el punto de vista anatomopatológico se conocen perfectamente la atrofia general de casi todos los órganos, hecho que he comprobado algunas veces, y las lesiones de mielitis endógena y de la corteza cerebral, especialmente en el lóbulo frontal, alteraciones anatómicas que nada predicen acerca del órgano origen del proceso pelagroso. ¿Tendrán, sin embargo, algún valor en la resolución de este problema las recientes investigaciones de Finotti y Tedeschi? Sabido es que estos autores, inducidos á examinar las cápsulas suprarrenales de los pelagrosos, por haberlas encontrado lesionadas en un caso en que la pelagra estaba asociada á la enfermedad de Addison, las encontraron casi todas con lesiones más ó menos importantes, y que consistían principalmente en una infiltración de células pequeñas, en proliferación del tejido conjuntivo y algunas veces hasta en necrosis. Aunque no tengan un gran valor demostrativo, por faltarles el aliciente del examen histológico, he aquí los datos obtenidos, con respecto al peso de los principales órganos de un pelagroso que falleció en el núm. 16 de mi clínica, y cuya autopsia hice el día 21 de enero de 1905:

Peso en gramos de los órganos normales y del pelagroso.

Encéfalo	1 380	1.230
Cuerpo tiroides	30	18
Bazo	195	185
Hígado	1.450	1.250
Páncreas	70	62
Riñón izquierdo	90	140
Riñón derecho	90	128
Cápsulas suprarrenales (cada una)	7	10

Por estos datos vése claramente que dicho pelagroso tenía todos los órganos atrofiados, menos los riñones y las cápsulas suprarrenales, lo cual, con no decir nada en concreto, no deja de llamar vivamente la atención y ser bastante significativo. ¿Son acaso suficientes los datos expuestos para considerar descubierto el órgano responsable y demostrada la intoxicación endógena? Creo sinceramente que no; pero también creo que la nueva orientación que los referidos datos señalan á las futuras investigaciones nos llevarán á descubrir la verdadera naturaleza de la pelagra, y nos explicarán entonces satisfactoriamente el por qué de la pluralidad de causas ante una misma reacción orgánica patológica.

En resumen: en mi humilde opinión, el maíz sano ó averiado, la alimentación de la *busca*, etc., etc., son causas provocadoras de la pelagra de igual valor positivo ó negativo genérico, no específico; para que la provoquen es necesario que obren sobre un individuo que posea en un determi-

nado órgano (no precisable hoy con exactitud) una aptitud específica para enfermar en una forma dada, cuya característica sintomatológica sería el cuadro clínico de la pelagra, aptitud específica ó virtual enfermedad que, una vez convertida en real proceso patológico, podría curar ó seguir el curso intermitente de mejorías y agravaciones, ó seguir una marcha fatalmente progresiva, según las circunstancias del ambiente que rodeara al enfermo, según su propia naturaleza orgánica y hasta según la mayor ó menor oportunidad terapéutica.

El Dr. *Huertas* manifiesta que en su comunicación se había propuesto demostrar: 1.°, que la pelagra existe en España, y sobre todo en Madrid, Asturias, Galicia y otras regiones; 2.°, que la pelagra no tiene causa específica conocida; y 3.°, que negando la influencia maícica se sigue la tradición de clínicos eminentes.

Afirma la existencia de la pelagra como entidad morbosa, que empieza por trastornos cerebro-espinales y termina en la parálisis; que la pelagra presenta en la clínica el cuadro morboso descrito por Calmarza; que padecen la enfermedad muchas personas que no comen maíz, y que la pelagra es un proceso morboso especial distinto de los demás, y que no podía admitir las ideas hipotéticas del Dr. Codina.

El Dr. *Codina* rectifica, exponiendo que en realidad nada tenía que decir, pero que se encontraba en una situación anormal, porque el doctor Huertas le había atribuído conceptos que no había expuesto; que si todos los pasos del progreso no se hubieran iniciado por hipótesis y no se hubiera procurado convertir estas hipótesis en hechos positivos, estaríamos muy atrasados; que decía esto porque todos los grandes descubrimientos que han hecho avanzar á la humanidad en todos los órdenes han sido iniciados por una hipótesis, sobre todo cuando ésta va seguida de una serie de investigaciones. Que al fin y al cabo las hipótesiss, cuando se inician con un serie de argumentos, debían exponerse en sitios como la Academia, donde las ideas por él expuestas en este asunto pueden dar lugar á nuevas investigaciones.

Respecto á la lesión histológica, tanto medular como cerebral, principalmente de corteza del lóbulo frontal, había que confesar que no todos los autores estaban conformes en haber encontrado la misma lesión en los casos de pelagra, y que no repugnaba á la razón el admitir como hipótesis la alteración de ciertos órganos, entre los que se hallan las cápsulas suprarrenales y los riñones.

PERIÓDICOS

Eczema proteiforme, rebelde, curado por los efluvios de alta frecuencia.— En la *Revista de Ciencias Médicas*, de Barcelona, D. José Anfruns publica el siguiente caso clínico:

«Jaime G., de veintisiete años, antiguo obrero de la cerrajería de Mañach, con paréntesis corto pasado en los talleres de la compañía T. B. F.,

alumno durante algunos años en la Escuela provincial de Artes y Oficios (clases de noche). Padeció erupción morbilosa en la infancia, dos ó tres anginas catarrales y algún trastorno gástrico leve en lo sucesivo han sido las enfermedades que le han obligado á guardar cama media docena de veces; pero nunca ha debido parar el trabajo más de una semana: una gonococcia puramente localizada, completa la sección patológica de su vida.

Su padre, bien desarrollado, albañil, falleció arteríoesclerose en 1903 por hemorragia cerebral. Su madre tubo en una pierna una úlcera crónica, de la que curó en el espacio de algunas semanas; pasados dos ó tres años sufrió por bastante tiempo gastropatía con hematemesis; á la vuelta de un período, no muy largo, en que parecía todo conjurado, se presentaron fenómenos reumáticos con trastorno cardíaco que duró meses, y disipado esto, se iniciaron fenómenos de degeneración de los centros nerviosos, que no han progresado constantemente, si bien los retrocesos han sido cortos en cantidad y duración; hoy tiene el raciocinio debilitado y el movimiento bastante limitado.

En mayo del año pasado se presentó en el joven una mancha roja que ocupaba el límite frontal en relación con la región superciliar derecha, en la cual mancha no sentía más que ligero calor.

En una semana se cubrió de películas y aparecieron tres ó cuatro más en la frente; á los quince ó veinte días, á fin de mayo, aparecía una costra blanda y amarillenta, no muy gruesa y con varios desniveles. Durante el mes de junio se añadieron distintas placas en la parte superior de la cabeza, que se reunieron hasta el punto de que, á mediados de julio, no había discontinuidad desde los párpados en línea circular hasta la protuberancia occipital. El aspecto en unos sitios, especialmente en los inferiores, era escamoso seco, de escama grande, de base resistente; en otros, en el vértice, era costroso, adivinándose el asiento exulcerado; no determina dolor la presión, y la sensación subjetiva única era de prurito á ratos. Era rojo el color, allá donde se traslucía.

El tratamiento por los remedios clásicos establecido flaqueó por su base. Durante el verano no se corrigió ni se detuvo la invasión. Los lavados con jabones emolientes ó titulados antisépticos; los aceites, vaselinas y glicerinas; el ictiol, la resorcina, el azufre, etc., poco ó nada influyeron en la marcha de la afección. En octubre ésta se presentó con mayor empuje invasor, con inflamación por todo el circuito; placas diversas en las mejillas, en la nariz, en los labios, en las orejas, en el cuello y en el pecho, en la nuca y en el dorso, con algún puntito en las manos, traían al pobre á mal traer y era difícil dominar algo su tremenda inquietud.

Continuó los remedios aconsejados ó experimentados y racionales; emolientes, cuando parecieron útiles; reductores y aseptizantes casi siempre, con la adición de medicamentos interiores, arsénico, etc. Pero ningún efecto obtuvo, y á fin de año estaba sordo, molestado en la vista por estar enfermos los párpados hasta sus bordes, y enferma toda la superficie de la cabeza, con infiltración que convirtió sus tejidos en inmóviles, el cuello y parte del tronco.

El día 1.° del corriente año principia con los efluvios del resonador monopolar con pincel de cinco centímetros de diámetro, colocado á igual dis-

tancia del tegumento y en dirección á la oreja y regiones circundantes, durante siete á ocho minutos, en cada lado. En estos sitios, muy inflamados y dolorosos ya, el eczema era fluente y costroso: en los restantes había de todas formas, maculoso, papulóideo, pitiriásico, impetiginoso, psoriasiforme y seborréico. Fué bien tolerada la aplicación y sin consecuencias; repitióse los días 3 y 7 con aplicación de tiempo hasta veinticuatro minutos, y de lugar paseando el pincel de una ó otra región mastoidea por la frente y por el occipucio. Al volver el enfermo el día 9, oía la voz ordinaria, y desde entonces el oído ha quedado restablecido. Hasta el 2 de febrero se practicaron catorce sesiones, que produjeron la desaparición de los síntomas inflamatorios y la de todas las placas desde el cuello abajo, la de la mayor parte de las de la cara y la de la secreción fluída en estas regiones, en la mastoidea, en el pabellón y en el conducto auditivo. Por tan notable alivio acordamos suspender los efluvios, á fin de economizar el tiempo. Le prescribe embrocaciones de aceite con brea, que verificó dos noches, y hubo que suspenderlas por reaparecer inflamación y nueva extensión. Fueron necesarios nueve días para volver al estado anterior y renovó las aplicaciones con exclusión absoluta de todo medicamento, limitándonos á las prácticas de limpieza. Doce sesiones idénticas practicadas hasta el 15 de abril, en cuyo día cesó el tratamiento, dejaron la cabeza sin otra huella que la infiltración ligera y la rubicundez que sucede de momento á la proliferación y vasodilatación habida en los terrenos fuertemente inflamados. A mediados de mayo restaban pocas manchas en los bordes palpebrales, en el límite inferior del lado derecho de la región frontal y en algún otro sitio, y á mitad de julio nada hace sospechar el mortificante proceso, que durante meses se elaboró en los tejidos mencionados.

En este caso fueron manifiestos los efectos sobre la sensibilidad y la circulación; remitieron pronto y absolutamente el prurito y los fenómenos congestivoflogísticos. Estos efectos han de tener inmediato eco en la nutrición, y así se puede ver en corto plazo verificada toda la eficacia comprobada en los efluvios del resonador por el autor citado.

Los resultados fisiológicos que causa el alta frecuencia son los que han de guiar al clínico en la determinación de las indicaciones, y en la complejidad de ellos hallará motivo para el útil empleo de dichas corrientes alternativas en procesos de muy diverso origen». — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 20 de Junio de 1906.

Yeyunostomía. — El Dr. *Lejars* lamentó que en la discusión reciente sobre la yeyunostomía se hayan tenido en cuenta las indicaciones, juzgándose el valor terapéutico de esta operación sólo según los resultados que da en el cáncer del estómago, es decir, en las personas afectadas de una enfermedad de evolución fatal, que se hallan casi siempre en un estado de caquexia avanzada cuando son operadas á veces *in extremis* y en las que la supervivencia no puede ser de larga duración. Más interesante hubiera sido estudiar el valor de la yeyunostomía en otras enfermedades no neoplásicas, del estómago y del duodeno, en ciertos casos de quemaduras, de úlcera ó en las gastritis ulcerosas que determinan una intolerancia gástrica absoluta para todos los alimentos, sean los que fuesen.

El Dr. Maydl no emplea la yeyunostomía más que en estos casos y es partidario entusiasta de ella. El Dr. Lejars la ha practicado en tres casos de gastritis dolorosa, rebelde á todo tratamiento, obteniendo en dos de ellos resultados muy satisfactorios. En los dos casos se trataba de adultos que padecían desde algunos meses antes intolerancia gástrica absoluta con vómitos casi continuos, pero sin síntomas de estenosis pilórica. Estos enfermos, que se quejaban de grandes dolores y no podían alimentarse, se encontraban en un estado lastimoso. La yeyunostomía, al dejar el estómago en reposo y permitir á los operados alimentarse convenientemente, corrigió en poco tiempo los fenómenos gástricos, mejorando el estado general. En el primer enfermo dejó el Dr. Lejars cerrarse la fístula espontáneamente á los cinco meses; en la actualidad, quince meses después de la operación, el enfermo se encuentra bien y digiere todos los alimentos. El segundo enfermo abandonó el hospital á los ocho meses de operado, alimentándose perfectamente por la boca, aunque persistía la fístula.

El resultado de la yeyunostomía no fué tan excelente en el tercer caso. Era un enfermo tan caquéctico que casi se imponía el diagnóstico de cáncer del estómago. Al operarle no se encontró neoplasia, pero sí engrosamiento general considerable de las paredes del estómago. Con la operación mejoraron algo los síntomas por espacio de algunos meses, pero después aparecieron de nuevo los trastornos gástricos, casi con la misma intensidad, el enfermo enflaqueció y volvió á ponerse caquéctico, y murió á las tres ó cuatro semanas, á pesar de haberse practicado una gastro-enterostomía secundaria. A la autopsia se encontró la mucosa del estómago gruesa y ulcerada, pero sin neoplasia; existía una gastritis alcohólica ulcerosa antigua.

En estas gastritis ulcerosas las indicaciones de la yeyunostomía no son muy claras; el resultado obtenido por el Dr. Lejars en su enfermo prueba, entre otras cosas, que no basta dejar en reposo el estómago para contener la marcha de las lesiones gástricas. Donde la yeyunostomía da resultados verdaderamente brillantes, es en ciertas quemaduras extensas del estómago, en las que no está indicada la gastrostomía ni la gastro enterostomía. Maydl y von Eiselsberg, han referido casos de operados que siguen alimentándose sin inconveniente por su boca yeyunal.

La yeyunostomía no debe ser considerada siempre como un «pasatiempo», sino que constituye á veces una buena operación. Queda por determinar la mejor técnica que puede emplearse. Precisamente no se hace indicación en la última discusión, aunque es bastante buena: es el método de Eiselsberg, que su autor ha empleado en 68 casos y que el Dr. Lejars ha utilizado con éxito en ocho casos. Consiste en aplicar á la yeyunostomía la técnica de la gastrostomía por el procedimiento de Witzel. La sonda se deja colocada durante unos diez días en el túnel subseroso de la pared del yeyuno y después sólo se introduce para las comidas. La fístula que resulta de la operación es continente. El Dr. von Eiselsberg ha publicado casos de enfermos en los que esta continencia persistía á los quince meses de formada la fístula. En los ocho operados del Dr. Lejars, sólo hubo un fracaso que atribuye á un defecto en la técnica.

El Dr. *Quénu* dijo que había tenido ocasión de practicar una yeyunostomía en un sujeto que padecía gastritis con hiperclorhidria exagerada y tenía trastornos gástricos exagerados refractarios á dos gastro enterostomías consecutivas. La yeyunostomía corrigió los trastornos gástricos por un mecanismo distinto del que se creía.

Estenosis pilórica consecutiva á una quemadura. — El Dr. *Tuffier* leyó un informe acerca de un caso de este género, presentado á la Sociedad por el Dr. Robineau.

Un joven de dieciséis años bebió por equivocación un vaso de ácido clorhídrico. Tuvo primero faringo-esofagitis intensa que le impidió durante varias semanas alimentarse por la boca. Al mes y medio del accidente, cuando por el examen directo y por la esofagoscopia no se descubrían lesiones de la faringe ni del esófago, excepto una brida cicatrizal á lo largo de la pared posterior de este órgano, el enfermo principió á presentar signos de estenosis pilórica, que se acentuaron hasta vomitar cuantos alimentos tomaba. Cuando lo vió el Dr. Robineau se encontraba en un estado lamentable.

La laparotomía puso de manifiesto una induración pilórica con varias adherencias periféricas; no existía lesión alguna en las dos caras del estómago. El Dr. Robineau pudo resecar el píloro para restablecer la continuidad normal del aparato digestivo, pero la duración mayor la exponía á ser peligrosa á causa del estado de debilidad en que se encontraba el enfermo, y prefirió recurrir á la gastro-enterostomía. La operación fué seguida de éxito completo.

A propósito de este enfermo y de otros análogos, manifestó el Dr. Tuffier que en muchos casos de ingestión de líquidos caústicos la única lesión comprobada es una estenosis pilórica, no presentando alteración alguna

apreciable la boca, la faringe ni el esófago. En 90 casos de quemaduras del aparato digestivo coleccionados por el Dr. Quénu, 83 veces había sólo estenosis del píloro y en 7 esta estenosis coincidía con lesiones de la faringe ó del esófago.

Desde el punto de vista de la marcha de las lesiones, indicó el Dr. Tuffier que la estrechez del esófago se observa en general mucho antes que la estenosis pilórica; ésta, al contrario de lo que ocurrió en el caso del doctor Robineau, tarda de ordinario bastante en aparecer (cinco años y medios, Tuffier; cinco años, Dujardin-Beaumetz; cuatro años, Quénu, etcétera). Las estenosis pilóricas por quemaduras pueden ser tratadas por tres clases de operaciones; la piloroplastia, la resección pilórica y la gastro-enterostomía. La primera debe ser desechada, porque expone á recidivas. La segunda no es practicable siempre á causa del estado grave en que se encuentran algunos enfermos, á los que no debe exponerse á una operación tan larga. En realidad, la operación preferible es la gastro-enterostomía, con la que se obtienen en estos casos resultados excelentes.

Hernia inguinal estrangulada de la trompa derecha.— El Dr. *Broca* leyó un informe sobre el caso siguiente, observado por el Dr. Gaudier.

Ingresó en el hospital una niña de cuatro años y medio, con una hernia inguinal derecha, que padecía desde pocos días después de su nacimiento. Ocho días después de su ingreso, se observó que el tumor inguinal se había puesto tenso y doloroso, y tenía el tamaño de un huevo de gallina. No había vómitos ni estreñimiento. Abierto el saco se descubrió un voluminoso coágulo sanguíneo, de la forma del saco y estrangulada en el anillo inguinal externo la trompa negruzca y del tamaño del dedo meñique. Resecó la trompa y el saco, y suturó el anillo herniario; la enferma curó perfectamente.

A propósito de este caso llamó la atención el Dr. Broca sobre la rareza de las hernias de la trompa en niñas de tan poca edad como la operada por el Dr. Gaudier.

Pericolitis adhesiva y estenosante.—El Dr. *Potherat* refirió la observación de dos enfermas que padecían, desde hacía más ó menos tiempo, trastornos intestinales caracterizados, sobre todo, por estreñimiento, inapetencia, enflaquecimiento, y en las que el conjunto de estos síntomas, unido á los signos objetivos comprobados á la exploración abdominal—tumefacción irregular, dura, poco móvil en el cólon ascendente—hicieron diagnosticar la enfermedad de neoplasia del intestino grueso. La laparotomía reveló como única lesión en los dos casos, adherencias, bridas pericolícas, que unían el cólon ascendente con los órganos inmediatos: hígado, epiplón. Las dos enfermas curaron perfectamente, bastando para ello romper las adherencias, resecando además en un caso el apéndice sospechoso y practicando la entero-anastomosis entre el cólon transverso y el íleon, á causa de la denudación operatoria muy extensa del cólon.

¿Cuál era el origen de estas adherencias patológicas pericólicas, de esta «pericolitis adhesiva estenosante», como la llama el Dr. Potherat? El origen es difícil de descubrir en los dos casos referidos, porque en ellos no existía síntoma alguno de inflamación anterior del cólon, del hígado ó del epiplón, capaz de explicar dichas lesiones.

Tratamiento de la tuberculosis articular por las inyecciones esclerógenas.—El Dr. *Walther* presentó una mujer de treinta años, que padeció en 1891 tumor blanco de la rodilla derecha y de la izquierda en 1896. El tratamiento consistió las dos veces en hacer en la rodilla inyecciones esclerógenas de cloruro de zinc, según el método de Lannelongue. Hoy pueden juzgarse los resultados maravillosos del método. Este enferma anda perfectamente, los movimentos de ambas rodillas son normales y no existe el menor signo de recidiva.

El Dr. *Chaput* dijo que un niño que padecía tumor blanco de la rodilla, que se inmovilizó durante dos años con un apósito de escayola, curó perfectamente, conservando la articulación sus movimientos.

El Dr. *Lucas-Championnière* manifestó que el resultado obtenido por el Dr. Walther es excelente, pero que algunos casos aislados de éxitos obtenidos por un método terapéutico, son insuficientes para apreciar su verdadero valor.

El Dr. *Labbé* declaró que los casos que ha visto confirman la existencia del método esclerógeno de Lannelongue, aplicado al tratamiento de la tuberculosis articular.

El Dr. *Broca* manifestó que en el caso del Dr. Valther se trataba de una tuberculosis bilateral de la rodilla. Se ha observado—sin que pueda explicarse la razón del hecho—que las tuberculosis bilaterales de la rodilla son por lo general benignas, al contrario de lo que ocurre con las de la cadera.

(*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 27 de Junio de 1906.

Estenosis del píloro y riñón flotante.—El Dr. P. Gallois: La patogenia de las estenosis del píloro es todavía una cuestión controvertida. Sabido es que según Glénard y Bouveret, las ptosis viscerales son susceptibles de determinar una estrechez pilórica, lo cual no es admitido por otros clínicos. He tenido, sin embargo, ocasión de observar un caso que parece confirmar la opinión de Glénard y Bouveret. Se trataba de una joven con riñón flotante y gastro-ectasia; el límite inferior del estómago estaba situado entre el ombligo y el pubis y por debajo del ombligo también se encontraba un riñón ectopiado que era perfectamente reducible. Practicando la palpación del estómago dilatado sentía cómo este órgano se contraía y vertía después su contenido en el intestino, y habiendo aprendido la enferma misma á hacerse la expresión gástrica y á reducirse el riñón flotante, se libró de este modo de las alteraciones gastro-intestinales y nerviosas que padecía desde años antes.

El Dr. Le Gendre: La observación del Dr. Gallois es demostrativa para este caso particular, pero no creo que la génesis de este proceso sea el que debe aceptarse en general. Siendo la dilatación del estómago más frecuente que el riñón flotante, no parece lógico considerarla como la consecuencia de este último. Por otra parte, la ectopia renal, frecuente en la mujer,

es excepcional en el hombre, y por fin, la mayoría de riñones flotantes no se ectopian del mismo modo, sino que adoptan toda clase de posiciones, que hasta varían en el curso de un mismo día.

El muérdago en el tratamiento de la hemoptisis. — El Dr. Gaultier: Habiendo llegado á mi conocimiento que se había cortado la hemoptisis en dos enfermos con el uso del muérdago de roble, empleado por los consejos de una curandera, he emprendido una serie de ensayos de tratamiento por esta planta en las hemorragias pulmonares, contra las cuales, según se desprende de mis indagaciones literarias, había sido ya empleada por algunos médicos ingleses y americanos. Me he servido del extracto etéreo del muérdago en píldoras, que prescribí á la dosis de 0'80 gramos por día á ocho tuberculosos hemoptóicos. En siete, la hemoptisis fué rápidamente suspendida, y sólo una vez el resultado fué nulo. En la autopsia de este último se encontró que su hemorragia pulmonar era debida á la rotura en una caverna de un voluminoso aneurisma de Rasmussen, que no podía ser favorablemente influído por ninguna medicación. En estos enfermos también he observado, bajo la influencia de la medicación, un descenso manifiesto de la presión arterial con aceleración del pulso; el mismo efecto he observado en animales á los que inyecté en las venas un cocimiento acuoso del muérdago. Los efectos antihemoptóicos parecen, pues, ligados al descenso que provocan en la presión arterial.

El gonosan. — El Dr. Renault: Recientemente he practicado algunos ensayos con el tratamiento exclusivamente interno de la blenorragia aguda, por medio del gonosan. Este medicamento es una combinación de esencia de sándalo pura y extracto de kava (Piper methysticum), el cual, como lo han demostrado las observaciones del Dr. Laveaux, ejerce una acción anestésica sobre los órganos y vías urinarias. Empleada en combinación con el extracto de kava, tampoco la esencia de sándalo provoca fenómenos de intolerancia de parte de los órganos de la digestión (eructos, inapetencia, dispepsia) y de los riñones (dolores lumbares), lo cual permite administrarla á dosis elevadas y prolongar su uso; al mismo tiempo el extracto de kava ejerce una acción calmante sobre los dolores y las erecciones. He tratado con el gonosan 10 blenorrágicos agudos con gonococos. En seis días he obtenido en ocho la cesación de los dolores á la micción y las erecciones dolorosas, y tres ó cuatro días después la secreción estaba reducida á algunas gotas. Dos enfermos parece que han sido completamente curados de su blenorragia, puesto que no tienen secreción ni siquiera filamentos urinarios. — Codina Castellví.

XV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Celebrado en Lisboa del 19 al 26 de Abril de 1906.

(Continuación).

Contribución al estudio clínico de la parálisis general en España. — El doctor A. Rodríguez Morini (*Conclusiones*): 1.ª El interés que siempre ha despertado entre los alienistas el estudio de la parálisis general, justifica el apor-

tar toda clase de datos que puedan servir para esclarecer los puntos que todavía están en litigio sobre esta enfermedad.

2.ª Hasta ahora, los trabajos de médicos españoles sobre la parálisis general, son tan escasos y tan incompletos, que es muy difícil sacar de ellos alguna utilidad.

3.ª Las estadísticas españolas sobre las enfermedades mentales, publicadas hasta el día, no contienen ninguna indicación que se refiera á la frecuencia comparada de la parálisis general. Una sólo perteneciente al Manicomio de San Baudilio (1902), indica el tanto por ciento de los paralíticos generales existentes en este Asilo.

4.ª Este trabajo está inspirado en datos recogidos personalmente en el Manicomio de San Baudilio y en los proporcionados por los Directores de los principales Asilos de alienados de España. Aquéllos comprenden un período de cinco años, y éstos se refieren á diferentes épocas.

5.ª Todos ellos están basados en el moderno concepto clínico de considerar á la enfermedad de Bayle como un síndrome morboso común á varias entidades nosológicas.

6.ª En la mayor parte de los Manicomios españoles, sólo el 5 ó 6 por 100 de los hombres enajenados ofrecen el síndrome paralítico general. En los Asilos del Norte de la Península, la proporción de paralíticos aumenta (8 por 100), debido á la frecuencia dél alcoholismo en estas regiones. En las mujeres la proporción no pasa del 1 por 100.

7.ª Los síndromes paralíticos generales se desarrollan en España entre los treinta y dos y los cuarenta y ocho años. Son muy raros los casos en que la enfermedad aparece antes de los veinticinco años ó después de los cincuenta.

8.ª La frecuencia de la enfermedad es doble en los individuos que proceden de las grandes poblaciones, que entre los que proceden del campo. También es más frecuente en los casados que en los solteros. En cuanto á las profesiones, es mayor entre los que ejercen carreras liberales, y generalmente, entre las personas ilustradas. La parálisis general conyugal es muy rara.

9.ª La sífilis es el principal factor etiológico en el 90 por 100 de los casos, produciendo siempre la forma clásica de la parálisis general progresiva.

10. El alcohol obra como causa determinante en el 8 por 100 de los enfermos con síndromes paralíticos generales, determinando la mayor parte de las veces formas de pseudoparálisis no progresivas, y en las que no es difícil obtener la curación.

11. En el 2 por 100 restante no ha sido posible descubrir la causa productora del síndrome paralítico general, habiendo sido probablemente alguna intoxicación infecciosa aguda.

12. Como consecuencia de la naturaleza sifilítica de la dolencia, el 90 por 100 de los enfermos con síndromes paralíticos presentan la forma clásica de la meningo-encefalitis difusa, de evolución progresiva hacia la demencia y de término fatal en un período de dos ó tres años.

13. El restante 8 ó 10 por 100 de los alienados que presentan síndromes paralíticos, no sufren la verdadera parálisis general y sí sólo una pseudoenfermedad de Bayle, que en muchas ocasiones no es progresiva.

Confirmación de la inmunidad de los yeseros y caleros respecto á la tuberculosis pulmonar. — El Dr. G. Fisac (*Conclusiones*): *A*) Las industrias de los yeseros y caleros hacen inmunes á los obreros empleados en ellas, según prueban las estadísticas formadas durante los meses de mayo, junio y julio, y presentadas en octubre al *Congreso de la tuberculosis*, celebrado en París el año último.

B) Esta inmunidad ha sido ratificada con gran número de observaciones clínicas, y por multitud de estadísticas formadas por varios médicos rurales.

C) El polvo de cal ó de yeso aspirado es un medicamento de la tuberculosis pulmonar.

D) El reconocimiento de la fuerza preservativa de este medicamento es necesario, puesto que el bacilo de Koch y los estados de pretuberculosis abundan bastante y producen varias víctimas por la tuberculosis, y hay una clase social — la que aspira estos polvos — la cual tiene el privilegio de inmunidad, por más que arrastra una vida miserable y vive en contacto con otras clases de la sociedad, entre las cuales la aspiración de otra especie de polvo produce la muerte de gran número de obreros herreros, molineros, carpinteros, jornaleros, etc., que habitan en las mismas localidades y á causa de la misma enfermedad.

E) Deducimos de esto que el polvo de cal y de yeso aspirado es un medicamento curativo de la tuberculosis pulmonar. A causa de su acción inofensiva para las vías digestivas y respiratorias, puede ser empleado siempre en estos casos.

F) Uno de los medios que pueden emplearse para inmunizar las generaciones y disminuir los casos de tuberculosis pulmonar, es elegir para las colonias y vacaciones los sitios en que hay hornos ó fábricas de cal ó de yeso.

G) La acción preservativa de la aspiración de la cal ó del yeso es innegable, según confirman todas las estadísticas, en las que figuran las mujeres muertas á causa de la tuberculosis pulmonar y que no pertenecían á familias de caleros ó yeseros; es decir, que no sólo éstos, sino sus familias están al abrigo de las tuberculosis. El hecho se explica por vivir en sitios en los que se aspira el mismo polvo.

La inyección hipodérmica de oxígeno.—Los Dres. J. J. Dómine y J. Chabás (*Conclusiones*): 1.ª La inyección hipodérmica de oxígeno fué practicada por primera vez en Valencia por uno de nosotros, Dómine, en 1900, y su teoría y técnica fué expuesta oficialmente en la tesis de Chabás (1902), y por éste al último Congreso internacional (Madrid, 1903).

2.ª La absorción de oxígeno inyectado en el tejido celular subcutáneo es muy rápida y sus efectos muy inmediatos. Estos últimos corresponden á la doble acción mecánica (local) y química (general). Nunca hemos notado accidente alguno: el método está exento de peligros.

3.ª Todo estado asfítico ó neurítico, local ó general, es justiciable de su aplicación: desde el antrax ó la ciática, hasta la anoxhemia más grave.

4.ª El método de su aplicación es muy sencillo.

5.ª El aparato *Inyector extractor de líquidos y gases, patente Dómine*, reune todas las exigencias de su aplicación.

Inhalación preventiva de la tuberculosis pulmonar.—El Dr. G. Fisac: La inhalación preventiva á que me refiero es practicada casi continuamente, y á la vez en cortas épocas del año, por multitud de obreros, bien al aire libre (hornos) ó en habitaciones cerradas (fábricas) con verdadero éxito y siempre sin más dirección que la marcada por los recursos de la naturaleza y sin más limitación que la debilidad física.

No desprecio el valor inmenso de las inyecciones, de las inoculaciones, de las prácticas seroterápicas y de otros varios métodos de tratamiento de esta enfermedad. El Dr. Verdes Montenegro, ocupándose del estudio de los fermentos orgánicos, ha sacado la convicción de que «disponemos de un tratamiento suficiente para aumentar de un modo considerable el número de curaciones de la tuberculosis». Calvo Cambon afirma que «la propiedad esencial del remedio antituberculoso será la regeneración de la célula lesionada, propiedad que no es exclusiva de las tuberculinas y de los sueros, sino de substancias de otro origen».

Creo que el problema dificilísimo de la tuberculosis debe ser resuelto por todos los medios posibles, en particular por los que están al alcance de todo el mundo, y que no exigen manipulaciones ni preparaciones farmacéuticas costosas; además se recomienda la medicación por sus ventajas en las vías de absorción que la naturaleza emplea para prevenir y tratar la tuberculosis y otras enfermedades. Las inyecciones traqueales son siempre eficaces. La medicación directa—decía el Dr. Souza—es la más racional que se conoce para modificar los padecimientos de los bronquios y de los pulmones. Conviene siempre no cansar el estómago, y yo empleo en las bronquitis pretuberculosas inhalaciones, á partes iguales, de polvo de yeso y de cal durante quince á veinte minutos dos veces por día.

Trousseau decía que el fosfato de cal disuelto por el ácido carbónico, atraviesa las membranas y organiza todos los elementos del plasma. Hacquer, de Francfort, ha publicado recientemente un artículo interesantísimo sobre la importancia del yeso en el tratamiento de la tuberculosis.

¿No sería conveniente emplear la inhalación de estas sales de cal en la profilaxis y en el tratamiento de la tuberculosis, á fin de hacer el terreno estéril é impedir el desarrollo de la tuberculosis?

Sigamos el camino que nos enseña la naturaleza, y digamos que los yeseros y caleros jamás padecen la tuberculosis, y que ésta cura haciendo experimentar al tubérculo la degeneración calcárea.

Necrosis del tejido adiposo.—El Dr. Chiari: Las necrosis del tejido adiposo, señaladas primeramente por Balzer, en 1882, y después por Fitz, por Langerhans y por mí, han sido desde entonces bien estudiadas en lo que se refiere á la química, á la histología y á la etiología. La experimentación ha demostrado que las necrosis de este tejido son producidas por el jugo pancreático, y en particular por sus fermentos proteolítico y lipolítico. Estas investigaciones han demostrado, además, que las alteraciones patológicas de que depende al parecer la necrosis del tejido adiposo, hacen posible el derrame del jugo pancreático fuera del parénquima glandular.

¿Cuál es la naturaleza de las alteraciones patológicas susceptibles de permitir el derrame extraglandular del jugo pancreático? Precisamente en este caso interviene el fermento proteolítico, el cual, en ciertas circunstan-

cias es capaz de digerir el tejido del páncreas, autodigestión análoga á la del estómago y que se produce no sólo después de la muerte, sino durante la vida. El jugo pancreático que se derrama así es susceptible, á causa de la acción especial de su fermento lipolítico, de producir la necrosis del tejido adiposo en el páncreas y fuera de él. Existe, por lo tanto, una relación de causa á efecto entre la autodigestión tríptica del páncreas y las necrosis del tejido adiposo. El fenómeno esencial es la autodigestión del tejido pancreático, proceso *sui generis*. Creo que las pancreatitis agudas hemorrágicas y gangrenosas idiopáticas, son en realidad una autodigestión del páncreas. Las causas de este proceso son variadas: lesiones traumáticas del páncreas, trastornos de la circulación local, falta de excreción del jugo pancreático ó aumento de su actividad bajo la influencia de una kinasa. Sea lo que fuere, conviene tener muy en cuenta las relaciones que existen entre el páncreas y la necrosis del tejido adiposo, porque en este estado morboso la intervención quirúrgica es la única que puede salvar al enfermo.

El Dr. R. dos Santos: El factor etiológico de la necrosis del tejido adiposo es, indudablemente, el jugo pancreático que obra por sus fermentos tríptico y lipolítico. Todo lo que determina la extravasación del jugo pancreático activo en el tejido adiposo, puede ocasionar la necrosis de éste con descomposición de la grasa contenida en las células. Todo lo que disminuye la resistencia vital de este tejido ó aumenta la actividad digestiva del jugo pancreático, hace más extensa ó más grave dicha lesión. Las lesiones muy extensas del tejido adiposo suponen un derrame de jugo pancreático tan abundante, que no es sorprendente encontrarlas asociadas á lesiones graves y más ó menos generalizadas del páncreas.

Respecto al papel de la bilis en la necrosis diseminada del tejido adiposo, he podido convencerme de que el líquido biliar fisiológico es incapaz por sí sólo de producir esta variedad de necrosis. Sin embargo, es susceptible de favorecer la generalización de la necrosis que ocasiona el jugo pancreático. Cuando la necrosis diseminada del tejido adiposo no coincide con lesiones extensas del páncreas, existen alteraciones concomitantes de las vías biliares (colelitiasis y derrame de bilis en la cavidad del abdomen). Aun cuando no es posible afirmarlo de una manera concreta, hay motivos para creer que la bilis favorece en cierto modo la acción del fermento lipolítico del jugo pancreático.

Tripanosomiasis. — El Dr. Martini: Creo que conviene unificar la fiebre tripanosomiásica y la enfermedad del sueño, designándolas con el nombre de *tripanosomiasis africana del hombre*. Lo mismo puede decirse del Kala-azar, la esplenomegalia tropical febril y la caquexia febril sin hipertrofia, que conviene unificar y dar el nombre de *Kala-azar*.

Respecto á la tripanosomiasis africana, queda todavía por fijar la topografía de la extensión de este azote, para lo que conviene examinar el contenido de los ganglios linfáticos infartados, sobre todo de la nuca, ó la sangre de cuantos se supone padecen tripanosomiasis y todos los insectos que se sospecha están infectados de tripanosoma. Es preciso también estudiar el desarrollo sexual de los tripanosomas en los insectos y determinar el modo de producción de las lesiones en el hombre; es decir, si los tripanosomas obran por acción mecánica ó por producción de toxinas.

Desde el punto de vista práctico es necesario encontrar los medios de destruir los insectos ó de hacer inofensivas sus picaduras. Conviene continuar los ensayos con diferentes medicamentos principiados por Laveran, Mesnil, Erhlich, Shiga, etc., y continuar también los ensayos de inoculación antitripanosomiásica.

En cuanto al Kala-azar es necesario resolver los mismos problemas, estudiando sus relaciones con la *úlcera de Delhi* y averiguando el modo de contagio y el vehículo del virus.

El Dr. Laveran: Creo que el Dr. Martini ha incurrido en un error al asimilar el Kala-azar á las tripanosomiasis. El parásito de Leishman-Donovan (que produce el Kala-azar) es endocelular, y aunque en los cultivos se observan formas flageladas, éstas no tienen todos los caracteres de los tripanosomas, sino que se asemejan más á las Herpetomonas. No me creo autorizado á clasificar el parásito de Leishman-Donovan entre los tripanosomas, y me inclino á creer, como Ross, que se trata de un parásito de un género nuevo.

El Dr. Martini: Mucho antes del descubrimiento de los corpúsculos de Leishman-Donovan, los Dres. P. Manson y Leishman manifestaron que el Kala-azar es una tripanosomiasis humana. No he creído, por lo tanto, incluir esta enfermedad entre las tripanosomiasis.

El Dr. Laveran: Es indudable que los tripanosomas tienen formas herpetomonas en los cultivos ó en el aparato digestivo de los parásitos chupadores de sangre que propagan la tripanosomiasis, pero respecto al parásito Leishman-Donovan no se conoce la forma tripanosomiásica verdadera. Hay que esperar á que se conozca la evolución completa del parásito para clasificarle debidamente.

El Dr. A. Kopke: En cincuenta y dos casos diagnosticados clínicamente de enfermedad del sueño he encontrado siempre el *Trypanosoma gambiense*.

En los cuarenta enfermos que he sometido á la punción lumbar, el examen del líquido cefalorraquídeo me ha permitido descubrir siempre en él dicho flagelado. Las investigaciones practicadas en la sangre han dado resultados menos favorables é inferiores de los obtenidos por la punción de los ganglios tumefactos del cuello.

Inoculaciones contra las enfermedades de protozoarios. — El Dr. Laveran: La inmunización por medio de inoculaciones preventivas se relacionan de una manera íntima con el estudio de la inmunidad natural, y ante todo hay que preguntar si las enfermedades de protozoarios (paludismo, piroplasmosis y tripanosomiasis) confieren ó no la inmunidad.

Respecto al paludismo sabemos que un primer ataque no confiere la inmunidad. El Dr. Koch ha observado la frecuencia de este estado morboso en los niños indígenas de Java y de la Nueva Guinea alemana y la resistencia de los indígenas adultos á la infección en estas regiones y en la costa de Africa, y deduce de estos hechos que los habitantes de los países palúdicos pueden adquirir la inmunidad contra esta endemia. Pero realmente, la inmunidad de los negros adultos no es más que relativa, porque se trata tan sólo de una resistencia particular á la infección. No puede esperarse, por lo tanto, inmunizar al hombre contra esta enfermedad inoculándole un virus atenuado. Todas las tentativas en este sentido hechas hasta ahora,

han sido ineficaces. El Dr. Celli ha hecho inyecciones con el suero de convalecientes de fiebre palúdica y con el de individuos que habían adquirido, al parecer, la inmunidad contra el paludismo á causa de un primer ataque, y los resultados fueron negativos. El mismo fracaso de los ensayos de inmunización con el suero de bóvidos y los de la opoterapia de distintos órganos de estos animales (bazo, médula ósea, etc.). En resumen: el único procedimiento que ha producido buenos resultados consiste en el empleo preventivo de la quinina, pero no se trata de una inmunización propiamente dicha, y en cuanto se suspende el empleo del medicamento desaparece la resistencia del organismo á la infección.

En lo referente á las piroplasmosis, los mejores resultados se obtienen en la piroplasmosis ordinaria ó fiebre de Tejas.

Se han hecho investigaciones numerosas para descubrir un procedimiento de inmunización contra las tripanosomiasis, pero los resultados obtenidos han sido hasta ahora poco satisfactorios. La seroterapia ha fracasado por completo. La atenuación de los virus es difícil de obtener, y los bóvidos inoculados conservan durante mucho tiempo en su sangre tripanosomas y son un foco de infección muy peligroso para los animales sanos, si existen en la región moscas susceptibles de propagar la enfermedad con sus picaduras.

El Dr. Martini: Creo que los hechos observados por el Dr. Koch en Nueva Guinea demuestran con toda claridad que lo que el Dr. Laveran llama resistencia particular de los negros al paludismo, es realmente una inmunidad adquirida durante la infancia.

Citología del tofo gotoso. — El Dr. Sicard: El depósito de urato de sosa en los casos de gota humana va acompañado de un proceso de reacción doble, local y general. El primero se caracteriza por arteritis, por hemorragias intersticiales y principalmente por macrofagia, debida á células multinucleares, de tipo gigante y plasmódico, que circunscriben los focos recientes del depósito tofáceo y favorecen su absorción, destruyendo por fagocitosis en su interior las agujas uráticas. En cambio, alrededor de los focos antiguos no existe dicha lucha, porque los macrófagos han sido sustituídos por tejido fibroso denso. La reacción general se revela en la sangre por mononucleosis de gruesos mononucleares.

Tratamiento de la tuberculosis abdominal. — El Dr. Broca: Para sentar las indicaciones generales del pronóstico y tratamiento de la tuberculosis abdominal, hay que dividirla en dos clases: una, en la que sólo está afectado el pulmón, y otra en que existen á la vez lesiones generalizadas agudas, subagudas ó crónicas. El diagnóstico es fácil, por el examen del pulmón, en los casos subagudos ó crónicos, pero no tanto en los agudos cuando predominan los síntomas abdominales, en cuyo caso hay motivos para preguntar si existe granulia limitada al peritoneo. En estos últimos casos está indicada en general la abstención operatoria. La fiebre persistente no es un indicio absoluto de una granulia fatal, pero para los enfermos con fiebre y ascitis se necesita una observación minuciosa y prolongada, á fin de conocer si está afectado sólo el peritoneo.

Algunas tuberculosis quirúrgicas pueden asociarse ó sucederse, sin que á pesar de esto los casos sean desesperados desde el punto de vista opera-

torio. La ley de abstención se aplica en realidad sólo á las lesiones pulmonares si la peritonitis coincide con tuberculosis generalizada, pero no siempre, porque toda alteración pulmonar no es una contraindicación operatoria. Es preciso admitir dos casos, según que las lesiones pulmonares sean primitivas y graves ó secundarias y de poca importancia. Estas últimas, en vez de constituir una contraindicación, mejoran al curar la peritonitis.

Las indicaciones locales se deducen de la evolución anatomopatológica de la tuberculosis peritoneal. Hay en dicha tuberculosis una gran variabilidad de las lesiones en su localización y aspecto clínico, de lo que resultan formas especiales, limitadas, tanto más interesantes para el cirujano cuanto que en ellas se cometen con frecuencia errores de diagnóstico. Además, estas formas se complican á veces con oclusión intestinal, por ejemplo, que constituye una indicación operatoria absoluta.

La ascitis, igual que el derrame en la pleuresía, es un modo de reacción inflamatoria alrededor de las lesiones bacilares y, lo mismo que en la pleuresía, el líquido se absorbe con frecuencia. No debe sorprender, por lo tanto, las curaciones numerosas obtenidas después de las laparotomías. Los médicos, teniendo en cuenta la curación espontánea, han procurado favorecerla punzando el abdomen con un trócar. Este método es peligroso, porque puede haber algún asa intestinal fija por adherencia.

Creo, por lo tanto, que en las formas ascíticas no debemos apresurarnos á operar: primero, porque en el período inicial, febril, no hay necesidad de practicar la laparatomía por una granulia subaguda; segundo, porque en el período de estado se obtiene muchas veces la curación por los medios médicos; y tercero, porque las investigaciones experimentales prueban que la precocidad de la incisión no es una condición de éxito. A los medios que se emplean de ordinario contra la tuberculosis deben agregarse en este caso, como susceptibles de acción local, las fricciones sobre el vientre con ungüento mercurial, con jabón moreno, los toques con tintura de yodo, aplicando encima una capa de colodion; el amasamiento, rechazado por el Dr. Pribram, lo adoptan los Dres. Weinster y Durante. Mas, dígase lo que se quiera, las indicaciones operatorias persisten en esta forma. La laparatomía no es grave por sí misma. Debe consistir en una incisión pequeña, sin lavado del peritoneo y con reunión sin desagüe. Todos los enfermos que he tratado así, curaron; su único inconveniente es la posibilidad de una ulceración fungosa en la línea de la cicatriz. En tres casos desgraciados que cita el Dr. Aldibert entre 65, uno fué debido á la peritonitis séptica, que pudo depender de la operación practicada del modo referido; pero los otros fueron consecutivos á la perforación intestinal por defecto operatorio ó por lesiones adhesivas fibrocaseosas, contra las que puede decirse casi nada consiguen los médicos ni los cirujanos. Esta forma es susceptible de curar haciéndose fibroadhesiva, pero la curación no es la regla, como en la forma ascítica.

¿En qué casos justifican la tentativa quirúrgica estas lesiones? A veces casi al principio, cuando hay todavía ascitis notable, pero esto es excepcional. En otros casos más numerosos, aunque no mucho, cuando se forman entre las adherencias bolsas serosas ó purulentas que precisa evacuar

ó desaguar para suprimir los trastornos producidos por la compresión ó los fenómenos febriles. Aunque se citan ejemplos de curación por ruptura de un absceso en el intestino, creo que no debe esperarse esta terminación, sino que es preferible desaguarle en cuanto se diagnostica. Contra estos abscesos fríos, y más todavía contra las bolsas de ascitis enquistadas, se emplea la punción, método peligroso, porque se ignora con exactitud el sitio que ocupan las asas intestinales.

¿Qué enseñanza puede sacarse de los casos operados por error de diagnóstico ó por accidentes que han obligado á operar? La operación practicada con prudencia es relativamente poco grave; además, muchos de estos enfermos si no han curado, mejoraron bastante, lo que permite deducir que—aunque raras veces—cuando el tratamiento médico es ineficaz y se observa que el estado general y el de las vísceras es excelente, hay derecho á operar ciertas peritonitis fibrosas y fibrocaseosas. El cirujano necesita proceder con gran prudencia para descubrir los pequeños focos ascíticos y romper las adherencias. El desagüe está indicado casi siempre. Entre los accidentes post operatorios merecen citarse las fístulas estercoráceas por perforación secundaria del intestino, ulcerado sin duda de antemano. Algunos de estos enfermos han curado por completo.

En resumen, no creo que en las peritonitis tuberculosas el cirujano deba limitarse siempre á combatir algunas complicaciones especiales ó á cometer errores de diagnóstico. Es verdad que los que creen indicada la laparotomía en toda peritonitis tuberculosa sostienen un error; pero tampoco debe creerse en la eficacia casi constante de los medios médicos solos: la cirugía está indicada en las diversas formas anatómicas de esta enfermedad.

Quizá se me objete no precisar las indicaciones; pero para esto se necesita estudiar á fondo cada enfermo á fin de saber en cada caso el momento preciso en que el cirujano debe sustituir al médico. Los que respondían hace quince años nunca cometen el que los que respondían siempre.

(*Continuará*). F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 13 de Junio de 1906.

Profilaxia y tratamiento de las infecciones digitales de los médicos. — El doctor *Pablo Richter* recomienda para proteger los dedos, cuando éstos tienen lesiones pequeñas, como grietas, heridas superficiales, etc., cubrirlas con leucoplasto. Si dichas lesiones están inflamadas y son dolorosas, se cubren con paraplasto de Beiersdorf, ó sea un emplasto compuesto de paragoma y al que se le ha añadido mercurio y ácido fénico. Sobre el emplasto se extiende un dedil de cuero de *eos*, el cual está preparado con un cuero muy fino que tiene además las cualidades de ser impermeable al agua y muy duradero.

Determinación del azúcar en la orina. — El Dr. *S. Rosenberg* dice que al poco tiempo de haber dado á conocer Sahli su método de titulación de la

orina diabética, método que permitiría al médico realizar la determinación cuantitativa del azúcar en pocos minutos, no faltó quien expresara sus dudas acerca de la seguridad de dicho método. El autor lo ha sometido á comprobación y ha visto, en efecto, que en un buen número de casos da resultados que difieren muchísimo de los obtenidos con otros métodos. En vista de ello, se propuso indagar la causa de tales diferencias y someter también á comprobación los demás procedimientos que se suelen emplear para determinar el azúcar.

Poniendo el ejemplo de un caso concreto, recuerda el autor la marcha que suelen seguir los médicos cuando tratan de buscar el azúcar en la orina. Esta, cuando es diabética, presenta un peso específico elevado y da resultado positivo con la reacción de Trommer. La reacción de Nylander se ha visto que es muy poco segura, porque hay otras muchas substancias que pueden dar un resultado positivo. Supongamos que ahora se titula la orina en cuestión, siguiendo exactamente las prescripciones de Sahli y que se encuentra un 6 por 100 de azúcar. En este caso hay dos motivos de error: uno, la circunstancia de que el líquido de Fehling no precipite de un modo uniforme; y otro que se observa diferencia, según que el líquido empleado para la titulación se deje caer á gotas ó todo de una vez (Soxhlet).

En efecto, la orina analizada no contiene nada de azúcar, puesto que otra porción de la misma que se había sometido á la prueba de la fermentación, había dado un resultado completamente negativo. En cambio, contenía pentosas y cociéndola con ácido floroglucinoclorhídrico toma un color rojo cereza.

Las pentosas aparecen también en la orina después del consumo de vino hecho con frutas, como lo ha demostrado Jaksch. Tienen tan poca significación patológica como los ácidos glicurónicos, que también simulan la reacción del azúcar y que se presentan en la orina con el uso de ciertos medicamentos, tales como el alcanfor, el hidrato de cloral, é igualmente, según lo ha observado el autor, después de hacer colutorios con tintura de mirra.

Las pentosas y los ácidos glicurónicos no sólo pueden influir en el resultado de la titulación, sino también en todos los análisis de azúcar que se fundan en las propiedades reductoras de éste. Si se quiere determinar exactamente la cantidad de azúcar, es preciso titular la orina, hacerla fermentar y volverla á titular de nuevo. La diferencia entre las cifras obtenidas con ambas titulaciones nos da el verdadero valor cuantitativo del azúcar.

¿Son seguros los resultados de la polarización? No olvidemos que antes de emplear este procedimiento hay que clarificar la orina y que para tal clarificación se emplean muchas veces acetato de plomo ó carbón animal, substancias ambas que pueden arrastrar consigo parte del azúcar. Este origen de error se evita empleando para la clarificación el acetato neutro de plomo, no el básico. El hecho de que una orina desvíe la luz polarizada á la derecha no es prueba inequívoca de la presencia de la glucosa, porque también gozan de igual propiedad el azúcar de caña, que pudo haber ensuciado casualmente la vasija, la lactosa, v. gr.; cuando hay retención de leche en una nodriza, la dextrina, la glicerina, etc. También puede ser alterado

el resultado del examen por la presencia de substancias levógiras, que en el caso necesario será menester separar. De todos modos siempre se debe hacer fermentar la orina y examinarla de nuevo con la luz polarizada, á fin de determinar si con la fermentación se modifica el resultado obtenido y hasta qué punto.

Al practicar la prueba de la fermentación hay que cuidar de que la levadura esté bien fresca (comprobación con una disolución de azúcar); también tiene importancia la temperatura, pues sucede que á la temperatura de la incubadora aún sigue fermentando la levadura, y por otra parte, el sacarímetro usual de Lohnstein da cifras demasiado bajas á la temperatura de las habitaciones. También hay que cuidar de que la orina no dé reacción alcalina, puesto que la orina alcalina se apodera del ácido carbónico.

Si se tienen presentes todas las particularidades mencionadas, resulta de mucha utilidad el aparato de Lohnstein. Conviene, además, que sea el mismo médico quien haga el análisis, pero á condición de que conozca las causas de error en que puede incurrir y que trate de excluirlas en lo posible.

Como demostración de las graves consecuencias que puede traer la omisión de las prevenciones aconsejadas, cita el autor varios ejemplos, que hacen resaltar de un modo patente los errores á que dicha omisión puede dar origen. —(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 1.° de Junio de 1906.

Gangrena espontánea de la piel. — El Dr. *Gabor Nobl* hace comparecer una joven de veinte años, que á fines de mayo de 1905, después de sentir ardor y calor, acompañados de rubicundez en zonas extensas de la piel, se le presentaron numerosas vesículas en el tórax y en la mama izquierda. A las veinticuatro horas de esto aún existían vesículas con contenido espeso, otras cuya cubierta se había roto y cuya superficie tenía una capa fibrinosa y algunas escaras hundidas y obscuras. Había además hemi-anestesia del lado derecho, reducción del campo visual del ojo del mismo lado y puntos dolorosos á la presión en la mama. Al día siguiente nuevo brote de vesículas en la axila y en el brazo izquierdos, y en cambio la mayor parte de las vesículas del tórax se habían convertido en focos necrosados. El 7 de junio otro brote, pero de menos importancia; eliminación de las escaras. A los catorce días de permanencia en el hospital, estaban cicatrizadas las superficies ulceradas. Tres semanas después, y con los mismos prodromos, nuevo brote vesiculoso en el brazo izquierdo, la mama y la garganta del pié derecho. Como se repitieron los brotes, se sometió la enferma á una gran vigilancia desde mediados de julio á fines de agosto. Esta vez se cubrió la mitad superior del cuerpo, durante varias semanas, con vendajes contentivos que se renovaban cada cuatro días. Por debajo de ellos se desarrollaron repetidas veces focos gangrenosos, cuyos residuos son los queloides que hoy se ven.

Esta enferma se clavó una aguja hace tres años en la palma de la mano

derecha, y fué necesario extraerla en varios fragmentos, pero no es posible decir hasta qué punto habrá relación entre dicho accidente y la afección actual.

Los Dres. *Spiegler* y *Weinlechner* dicen que bién pudiera tratarse de una erupción provocada artificialmente.

El Dr. *Nobl* contesta que en su caso, lo mismo que en los experimentos de Kreibich, se confirma la posibilidad de una inflamación de origen angioneurótico.

El espirocete pálido en el tejido nervioso. — El Dr. *Salomón Ehrmann* recuerda que las lesiones comprobadas por el examen histológico inducen á creer que el virus sifilítico se propaga por las lagunas de los tejidos, incluso del muscular y del nervioso. También ha visto corpúsculos de Pacini alojados en infiltraciones que contenían muchos capilares de nueva formación. Igualmente está probado que los espirocetes caminan á lo largo de las lagunas del tejido conjuntivo y de las fibras musculares. En preparaciones presentadas por el autor se ven claramente espirocetes en los nervios y en las vainas de éstos. Es posible que siguiendo esta vía nerviosa puedan llegar hasta la médula y originar afecciones como la tabes. En tal caso, quizá llegue á estar justificada por esta causa la excisión precoz del chancro sifilítico.

El Dr. *Ricardo Paltauf* hace notar que, al parecer, el espirocete se puede encontrar en diferentes células y tejidos.

El Dr. *Gabor Nobl* entiende que la localización de los espirocetes en las vainas de los nervios no debe mirarse como un hecho excepcional.

El Dr. *Ehrmann* contesta á Paltauf que en la sífilis hereditaria el espirocete se encuentra en casi todos los tejidos, pero en la adquirida está localizado. A Nobl le dice que no se ha encontrado en el tejido conjuntivo que acompaña á los nervios, sino en el interior de éstos, entre las mismas fibras nerviosas.

Intoxicación saturnina de origen terapéutico. — El Dr. *Julio Weiss* presenta un individuo que padece intoxicación saturnina por haber tomado tres dosis diarias de 3 centígramos de acetato de plomo durante un mes, ó sea unos 27 decígramos, cantidad pequeña comparada con la que necesita un obrero para intoxicarse por motivo profesional. Ello es que el enfermo actual tiene una afección cardíaca evidente, y la orla saturnina en las encías. Mas aún; á pesar de que hace un mes que el sujeto ya no toma plomo, persisten los síntomas cardíacos, aunque amortiguados.

Tetania paratireopriva. — El Dr. *Jacobo Erdheim* recuerda la historia de la tetania consecutiva á las extirpaciones del cuerpo tiroides y de la caquexia estrumipriva estudiada por Veiss, Reverdin y Kocher. Desde entonces se habló de una tetania estrumipriva, cuya existencia fué confirmada por investigaciones posteriores. Después de esto se empezó á conceder importancia á las glándulas paratiroideas ó cuerpos epiteliales, á cuya extirpación atribuyeron algunos autores la tetania, y en cambio achacaron la caquexia á la extirpación de la glándula tiroides propiamente dicha. Pero como respecto á esta distinción no están conformes los autores, el orador se resolvió á practicar con el galvanocauterio la extirpación de los cuerpos epiteliales en la rata, comparando los resultados observados en estos

animales con los obtenidos en otras ratas, á las que se les hizo la tiroidectomía parcial, pero respetando los cuerpos epiteliales.

El resultado final de los experimentos ha sido que la tetania es debida, no á la pérdida de la glándula tiroides, sino á la de los cuerpos epiteliales.

Con la paratiroidectomía total los animales sucumben de caquexia y de inanición al cabo de dos á cinco meses y medio, siendo debida la inanición á la imposibilidad de ingerir alimentos á causa de trastornos tróficos que se producen en los dientes caninos, trastornos que recuerdan la caída de pelos y de uñas que se ha observado no rara vez en la tetania del hombre. En las ratas atacadas de tetania se han presentado también opacidades del cristalino que recuerdan la catarata que se presenta alguna vez como consecuencia de la tetania humana.

En el conejo la extirpación de los cuerpos epiteliales no produce, al parecer, el mismo resultado, pero es porque además de los ya conocidos existen otros accesorios en la glándula timo que no eran extirpados en dichos experimentos.

En el hombre no se había podido confirmar hasta ahora que la tetania fuese debida á la extirpación de los cuerpos epiteliales y no á la pérdida de la glándula tiroides; pero en tres casos observados por el autor se ha podido aducir la prueba anatómica de que la tetania es debida á la extirpación de los cuerpos epiteliales, puesto que en dichos tres casos, en los que se había practicado la estrumectomía bilateral parcial y en que sobrevino á muy poco tiempo de la operación una tetania típica seguida de muerte más ó menos pronto, la autopsia confirmó la existencia de una cantidad suficiente de tejido tiroideo bien conservado y la falta ó destrucción de los cuerpos epiteliales.

Según esto ya no se puede hablar de una tetania estrumipriva, sino de una tetania paratireopriva, y si hoy ya no se observa con tanta frecuencia como antes la tetania, después de la extirpación del bocio se debe esto, no á la conservación de un resto de dicho bocio, sino á que con dicho resto se conservan también los cuerpos epiteliales, al menos en parte. Como resultado de sus investigaciones anatomopatológicas establece el autor, en vista de lo expuesto, la necesidad absoluta de respetar los cuerpos epiteliales aun en los casos de estrumectomía unilateral, puesto que ni hay que contar con una hipertrofia compensadora de los cuerpos epiteliales que se dejen, ni sabemos tampoco si dichos cuerpos habrán sido atrofiados por la compresión mecánica ejercida por el bocio.

Además, hay casos en que los tres ó quizá los cuatro cuerpos epiteliales están en un solo lado del cuello.

Para respetar los cuerpos mencionados en el acto de la operación, lo mejor de todo es, según el estudio anatómico que ha hecho el autor, respetar bien el nervio recurrente, porque es en la zona de éste donde se encuentran casi siempre los cuerpos aludidos. Para ello son preferibles los procedimientos de Mikulicz (resección cuneiforme) y Kocher (resección y enucleación), que evitan la zona del recurrente, al de Billroth, que diseca este nervio, separando por lo tanto los corpúsculos epiteliales, que por lo común se le adhieren de un modo íntimo.

(*Wiener klinische Rundschau*). — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Un remedio contra el cólera.—Ussher emplea el sulfato de quinina contra el cólera, fundándose en el hecho observado por Koch de que el vibrión colérico muere á los diez ó treinta minutos en una disolución de quinina al 1 por 1.000 ó por 2.500. Administra este medicamento á la dosis de 60 centígramos de hora en hora, hasta que las deposiciones pierden el carácter riciforme y se hacen biliosas. Contra la anuria emplea el calor, las fricciones y el nitrato amónico al interior. Si desaparece el pulso de la radial, deben hacerse inyecciones salinas. Si persiste la irritación intestinal después de hacerse biliosas las deposiciones, se administra una poción antidiarréica. Si continúa la diarrea fétida, se hace tomar al enfermo cada dos á cuatro horas una mezcla á partes iguales de sulfofenato de zinc, de calcio y de sodio. Con este tratamiento ha curado el 90 por 100 de los enfermos, algunos de los cuales se hallaban casi moribundos.

(*Rev. de ther. medico chirurgicale*, 1 abril 1906).—F. Toledo.

Régimen alimenticio en los casos de úlcera del estómago.—Mientras v. Leube y Ziemssen recomiendan mucha parsimonia en la alimentación en los casos de úlcera reciente del estómago, Lenhartz aconseja empezar más pronto con una alimentación muy nutritiva, aunque de poco volumen —leche, huevos, carne raspada—á fin de robustecer el organismo y de apresurar la curación.

El Dr. Senator, en una comunicación hecha en una de las últimas sesiones de la Unión médica de Berlín, propone combinar las ventajas de ambos tratamientos, asociando á pequeñas cantidades de albúmina la gelatina, la grasa y el azúcar. La gelatina reune las ventajas de su gran valor nutritivo, fácil digestibilidad y virtud hemostática local; la grasa calma la irritación y obra, por lo tanto, como sedante, y además, lo mismo que el azúcar, neutralizando el ácido. Lo mejor de todo es administrar en veinticuatro horas un cocimiento de 15 á 20 gramos de gelatina blanca, en 200 de agua con 15 á 20 de oleosacaro de limón, administrando además medio cuartillo de nata y 30 gramos de manteca, que se toma muy bien congelada. Más tarde se emplean la leche, los huevos, y cuando ha transcurrido una semana después de una hemorragia, se añade carne raspada. En lugar del cocimiento de gelatina se pueden administrar jaleas de manos de ternera, de cola de pescado ó de leche, y en vez de la manteca, leche de almendras ó emulsión de las mismas. — (*Zentralblatt für innere Medizin*). — R. del Valle.

Nuevo signo de la arterio-esclerosis.—En los arterio-esclerosos, sobre todo en los que padecen insuficiencia mitral, cuando se comprime la arteria radial hasta el punto de suspender sus pulsaciones, siente en la palma de la mano, al nivel del arco palmar, un soplo ligero, una especie de picadura ó la sensación del paso de una mosca. En los individuos sanos ó con hipertensión vascular, pero sin alteraciones de las paredes vasculares, nada anó-

malo se observa en el arco palmar. El Dr. Cappiello, que ha hecho estas observaciones, cree que el origen de dicho signo es doble y depende de las alteraciones vasculares y de la compresión de la radial, pues la sangre, al no poder circular por el vaso comprimido, refluye á la radial. Esta nueva cantidad de sangre, agregada á la que lanza al mismo vaso el sístole del ventrículo izquierdo hipertrofiado, acelera en dicha arteria la rapidez de la onda sanguínea, aumentando así la intensidad del roce de la sangre en el arco palmar.—(*Nuova rivista clinico-terapeutica*, abril 1906).—F. Toledo.

Valor pronóstico de la reacción diazóica en la fiebre tifoidea.—De las observaciones hechas por el Dr. J. B. Rolleston en 65 casos de fiebre tifoidea, resulta que la reación diazóica aparece hacia el cuarto día de la enfermedad, y desaparece á fines de la segunda semana ó en el curso de la tercera; sólo en casos muy graves persiste por más tiempo. El hecho de que sea muy intensa no indica por sí sólo que la afección ha de ser grave. La lisis coincide ó se presenta poco después de la desaparición de la reacción. Si á pesar de esto persisten fenómenos patológicos muy manifiestos, es señal de que hay una infección secundaria ó de que los riñones no son capaces de eliminar las substancias diazóicas. En las recidivas y en las complicaciones ocasionadas por el bacilo específico, puede suceder que se presente de nuevo la reacción diazóica. La desaparición brusca de ésta, coincidiendo con la agravación del estado general, es un mal signo pronóstico.—(*Lancet*).—R. del Valle.

Bebidas salinas en la fiebre tifoidea.— Uno de los tratamientos más racionales y eficaces que pueden emplearse contra la fiebre tifoidea, según el Dr. J. B. Todd, es la administración de bebidas salinas. Obran favoreciendo la eliminación de las bacterias y de sus toxinas, conservando la composición molecular de la sangre y rebajando la temperatura. Conservan las propiedades germicidas del líquido sanguíneo, aumentando su alcalinidad ó bien obrando sobre los albuminatos del suero. En la fiebre tifoidea es preciso prestar una gran atención al sistema linfático, porque el resultado favorable depende de la actividad fagocitaria, para la que conviene administrar desde el principio de la enfermedad la cantidad necesaria de líquidos y sales alcalinas. El Dr. Todd aconseja la siguiente bebida atemperante : 60 centígramos de cloruro sódico y 30 de bicarbonato de potasa, disueltos en 240 gramos de agua, á cuya disolución se agrega una cucharadita de zumo de limón.—(*Medical Record*, 14 abril 1906).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

APENDICOSTOMÍA

POR EL

DOCTOR R. MARTIN GIL

de Málaga.

Esta operación la ideó el Dr. R. W. Weir, de Nueva York, hace cuatro años (1), cuando iba á practicar una cecostomía, y al encontrar el apéndice sano pensó que podía hacer fáciles lavados del intestino por este órgano, evitando las molestias y lo sucio que resulta la existencia de la operación que antes se proponía.

No fué, en verdad, muy reconocida ni apreciada la utilidad de la apendicostomía, como suele acontecer con los procedimientos nuevos, hasta que Mr. C. R. B. Keetley presentó un importante trabajo á la Asociación Médica Británica el año pasado (2), encomiando sus ventajas y precisando las indicaciones.

Por la escasa atención que hasta ahora se le ha prestado, no pasan de una docena las operaciones que se conocen. Recientemente, Sir William H. Bennett ha presentado una enferma atacada de colitis ulcerosa en una conferencia dada en el hospital de San Jorge, de Londres (3), que operó el Dr. Ewart de apendicostomía con buen resultado, y ha descrito el *modus operandi* y sus indicaciones, de las cuales me voy á ocupar.

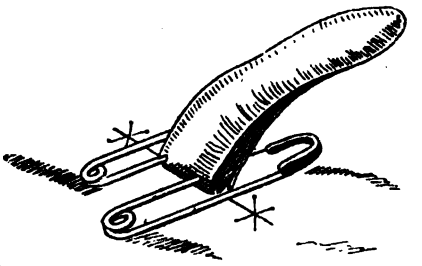
La operación es, en circunstancias normales, de las más sencillas que se practican:

Se hace una incisión, como de cuatro centímetros de largo, en la dirección de las fibras del músculo oblícuo externo, en el punto de

(1) *New-York Medical Record*, agosto, 9, 1902.
(2) *Brit. Med. Jour.*, octubre, 7, 1905.
(3) *The Lancet*, febrero, 17, 1906.

elección para extirpar el apéndice. La aponeurosis y el tejido muscular subyacente se incinden, y el peritoneo se corta en la forma que de ordinario se hace. Los bordes de la herida peritoneal se sujetan con pinzas y se introducen uno ó dos dedos, y se atrae fuera el apéndice. Bien sencilla es la maniobra si este órgano está libre; pero si existen adherencias deben destruirse hasta aislarlo del todo. Se saca el apéndice por la herida, hasta que su base esté en contacto con el peritoneo parietal, y se fija con un punto de seda ó de catgut delgado, que pase por el meso-apéndice y los bordes de la herida del peritoneo, cuidando que no se doble ni se tuerza sobre su eje. El punto de sutura se atará de modo que reduzca la abertura del peritoneo.

Si no es urgente terminar la operación, la abertura del apéndice se deja para el día inmediato, y se fijan dos alfileres de los llamados imperdibles, que atraviesen por entre las capas muscular y serosa, como aparece en la figura adjunta; pero si conviene completar la operación en el acto, se fijará entre el apéndice y la pared abdominal un punto de sutura por cada lado. En uno y otro caso se corta el apéndice como á un centímetro cerca de la piel. Los alfileres y los puntos de sutura antedichos aseguran que el muñón apendicular no se retraiga y desaparezca de los bordes de la herida.



En la enferma operada por Mr. W. Ewart no se presentó reacción alguna ni tuvo dolor en la herida, y á los cuatro días de operada no sentía nada anormal en el vientre. Entonces se le introdujo una sonda de goma blanda por el apéndice sin dolor alguno, y el esfinter cecal la sujetaba, de modo que se hizo un lavado de todo el intestino grueso sin que penetrara líquido alguno por la herida.

Los que han hecho irrigaciones por heridas de colotomías ó cecotomías, recordarán con disgusto lo sucio de estas curas, el mal olor que exhalan los pobres enfermos y las irritaciones de la piel, producidas por el escape inevitable del contenido intestinal. En la apendicostomía los enfermos no se ensucian durante los lavados, y se mantienen limpios con un simple vendaje abdominal entre las curaciones. No es indiferente también la ventaja que ofrece la operación de que me ocupo sobre los otros métodos mencionados, y es

que la cicatrización de esta boca adventicia es más segura y rápida que todas las otras que se hacen sobre el intestino. Lo mismo ofrece ventajas sobre la cecotomía, en la que al llegar el contenido intestinal del íleon á la herida sale al exterior, evitando la completa asimilación de los alimentos, lo cual es motivo de mayor debilidad en estos sujetos, casi siempre extenuados.

Bajo cuatro aspectos clínicos puede considerarse al presente esta nueva operación: 1.° Para facilitar el tratamiento de ciertas enfermedades del íleon y del colon. 2.° Para combatir alguna forma persistente de distensión intestinal. 3.° Como un medio de alimentación artificial. 4.° En sustitución de la cecostomía.

En la colitis mucosa, la disentería, la constipación crónica; en la intusucesión íleocecal, las ulceraciones sifilíticas ó del colon de otra índole, será la apendicostomía de positivos resultados. El Dr. Ewart ha ideado lavar el ciego por la abertura apendicular y penetrar con una sonda de caucho por la válvula íleocecal, para tener acceso al íleon y establecer un tratamiento local en la fiebre entérica, por ejemplo. Desde luego puede reconocerse el ciego dilatando el apéndice, y ha ideado que con un espéculun, forzando el esfinter del ciego, se puede ver el interior del mismo y apreciar sus lesiones, lo mismo que enfilar una sonda por la válvula íleocecal. Pero la dilatación forzada del esfinter puede relajar tanto sus fibras, que deje de cerrarse y se produzca la regurgitación del contenido intestinal por el muñón del apéndice, cosa que se debe evitar. De las experiencias que ha hecho en el cadáver, asegura que es fácil introducir una sonda curva por la válvula del íleo, y las fibras del esfinter ceco-apendicular son susceptibles de una considerable dilatación (1).

Desde luego se me alcanza que con una sonda provista de luz eléctrica, equivalente al cistoscopio, por ejemplo, habrá de facilitarse los reconocimientos y las curaciones que con la apendicostomía se puedan realizar.

En la constipación crónica es indudable que la apendicostomía puede proporcionar buenos resultados, porque se practicarán irrigaciones eficaces, y se pueden introducir medicamentos que no atraviesen todo el tubo digestivo y favorezcan la expulsión del intestino grueso sin tener que practicarse una colostomía.

(1) De cien exámenes *post mortem* practicados en el Hospital de San Jorge, se han encontrado dos apéndices solamente obstruídos por induración, y otros dos reducido su diámetro á al de una cerda de jabalí.

Después de algunas operaciones del abdomen se produce un meteorismo extraordinario, á causa de un estado tóxico, que se asocie á otra enfermedad aguda, v. gr., á la pulmonía de ciertos operados. En estos casos la distensión del tubo digestivo resulta intratable, porque es una paresia infecciosa de la fibra lisa del intestino.

Aquí la apendicostomía tiene preciada indicación, porque sirve el esfinter cecal de válvula, que puede dejar pasar los gases, y con un tubo de goma hacer la succión de ellos. Además, puede servir para alimentar artificialmente al enfermo.

En cuanto á la alimentación por el apéndice, es indudable que ofrece ventajas á la que en ciertos estados se hace por el recto, porque los alimentos se pueden introducir por una parte del intestino que tiene más eficaz absorción para mantener y nutrir al enfermo.

No todos los enfermos soportan bien los alimentos ingeridos por el recto, echándolos fuera en seguida de inyectados, y en las operaciones del estómago, en las gastrostomías y en las afecciones del píloro, que necesitan dejar por un tiempo determinado en reposo al estómago, prestará también esta operación muy buenos servicios.

Por último, en muchos casos de colostomía cecal debe empezarse por practicar una apendicostomía, para hacer lavados del tubo digestivo hacia el íleon y el colon, que podrán quitar la oclusión del intestino, si es una intusucesión. En todo caso, siempre puede convertirse esta sencilla operación en una cecostomía, haciendo dos incisiones á los lados del apéndice.

Tales son, al presente, las indicaciones más sencillas que la apendicostomía puede reconocer; el talento de los cirujanos y las indicaciones infinitas que la práctica enseña, colocarán esta nueva operación en el puesto que deba ocupar.

Cualquiera que sea el resultado, aparecerá que un órgano que en estos días casi rutinariamente venimos destruyendo por creerlo inútil y perjudicial, se presenta ahora con fueros de permanencia, por la utilidad que debe prestar y por las funciones fisiológicas que se le asignan, según acaba de publicar mi amigo el Dr. Yagüe, en la *Revista Ibero-Americana*, como muy importantes para la digestión intestinal.

LA "GOTA DE LECHE„ DE MADRID

Y LA PROPAGACIÓN DE ESTA INSTITUCIÓN EN ESPAÑA

Informe leído al primer Congreso Internacional de la "Gota de Leche„ verificado en París el 20 y 21 de octubre de 1905

POR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

Fundador del Primer Consultorio de niños de pecho « Gota de Leche » de Madrid.

Cuando, en 1902, me hicieron miembro de la *Junta municipal de Sanidad* de la capital de España, fuí comisionado por ésta para redactar un informe acerca la mortalidad infantil, en Madrid, sus causas principales y medios de combatirla. Dí por terminada mi tarea al leer el referido trabajo el 6 de marzo de 1903, y cuyo resumen expongo á continuación :

RESUMEN de la mortalidad, en Madrid, de los años 1896 á 1902

	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	TOTAL
Menos de un año.....	4.086	3.134	3.484	4.433	3.278	3.730	3.094	25.289
De 1 á 4 años cumplidos.	3.026	2.442	2.716	1.714	3.910	3.350	2.384	19.542
De 5 años en adelante..	10.990	8.988	9.077	9.666	10.218	10.204	8.933	68.076
	18 102	14.564	15.277	15.863	17.406	17.284	14.411	112.907

Menos de un año..... 25.289 ó sea 22,09 por 100
De 1 á 4 años cumplidos..... 19.542 ó sea 17,30 por 100

De 0 días á 4 años cumplidos... 44.831 ó sea 39,70 por 100

Presenté también el cuadro siguiente, que establece la diferencia notable que existe en el crecimiento de población de varias capitales, y por el cual se ve que únicamente, *en Madrid*, disminuye el número de habitantes *en vez de aumentar*.

MOVIMIENTO de población. — CAPITALES	POBLACION media.	1898 á 1902			TOTAL por 1.000 habitantes.	
		Nacimientos.	Defunciones	Diferencia.	Nacimientos	Defunciones.
Londres....	4.614.171	661.231	423.088	+238.143	28'6	18'3
New-York..	3.562.512	453.619	371.297	+ 82.322	25'4	20'8
París.....	2.511.629	291.094	250.733	+ 40.241	23'1	19'9
Berlín.....	1.822.409	237.951	159.679	+ 78.272	26'1	17'5
Viena.....	1.638.409	255.714	166.352	+ 89.362	31'2	20'3
San Peters burgo....	1.191.291	161.311	148.450	+ 12.861	27'0	24'9
Glasgow....	752.317	121.725	79.341	+ 42.384	32'3	21'0
Hamburgo..	691.657	102.544	60.140	+ 42.404	29'6	17'3
Buda-Pesth.	684.570	116.509	72.723	+ 43.786	34'0	21'2
Varsovia...	645.415	123.769	71.531	+ 52.238	38'3	22'1
Liverpool..	646.096	113.414	79.121	+ 34.393	35'1	24'4
Bruselas...	565.708	66.286	46.868	+ 19.418	21'6	16'5
Manchester.	546.919	86.861	61.310	+ 25.541	31'7	22'4
Birminghan.	519.479	86.592	52.706	+ 33.886	33'3	20'2
MADRID....	515.717	**78.261**	**80.223**	**— 1.962**	**30'3**	**31'1**

Al *Congreso de Deontología Médica*, que se reunió en Madrid del 3 al 5 de mayo de 1903, presenté un informe referente á la *mortalidad infantil*, en el cual hice ver que la mortalidad general en España, en el año 1900, fué la siguiente:

Mortalidad general.

En invierno	154.235
En verano	133.774
En otoño	126.562
En primavera	122.145

Mortalidad de los niños menores de 5 años.

En verano	68.934
En invierno	58.496
En otoño	52.542
En primavera	49.376

ó sea un 42,73 por 100 de la mortalidad general.

Estudiando en los dos trabajos mencionados las causas de esta mortalidad excesiva en España, afirmaba que las principales son: la *ignorancia de las madres*, en cuanto á la higiene de los niños se refiere, y *la falta de recursos* para procurarse buena leche cuando no pueden amamantar ellas mismas á sus hijos.

Como medios para combatir esta terrible mortalidad infantil, he propuesto en mis escritos, entre otras cosas:

1.° La creación de *Consultorios para niños de pecho*, donde reciban las madres saludables consejos y donde, además, se les facilite buena leche con que criar á sus hijos.

2.° La publicación de folletos y cartillas con los preceptos de higiene infantil.

3.° La vulgarización de los conocimientos de higiene privada y de higiene pública, mediante conferencias populares.

Deseando predicar con el ejemplo, me entregué con ardor á una campaña en favor de la primera infancia. En un principio redacté una *Cartilla de higiene para las madres*, en la cual condensé, en forma breve y sencilla, las reglas más indispensables á que se han de ajustar los cuidados del niño, á fin de que pudiera servir de guía á las madres.

Se distribuyeron *gratuitamente* en Madrid 60.000 ejemplares, costeados: 10.000, por el Municipio; 12.000, por la Dirección general de Sanidad; y el resto, de mi bolsillo particular.

Esta Cartilla obtuvo un éxito extraordinario, pues varios Municipios y filántropos de todos puntos de España hicieron ediciones especiales, y numerosos periódicos, tanto profesionales como políticos y literarios, nacionales y extranjeros, la reprodujeron íntegra.

Se puede asegurar que, hasta el día de hoy, se habrán impreso más de 500.000 ejemplares de la misma.

No juzgando suficiente esta campaña por medio de la pluma, decidí crear en Madrid un *Consultorio para niños de pecho*, en unión con la *Gota de Leche*. Hice partícipes de mi proyecto á dos parientes de mi esposa: el marqués y la marquesa de Casa Torre, poseedores de una fortuna considerable, que está siempre al servicio de sus sentimientos nobles y caritativos. Entonces, seguro ya de que contaba con su protección, me decidí venir á Francia para darme bien cuenta de esta Institución, que, como sabéis, debe su origen á nuestros sabios comprofesores los Dres. Budin y Dufour.

En junio de 1903 realicé mi viaje á Francia, visitando las Gotas de Leche establecidas en Fécamp, en Rouen, en Versalles y en Saint-

Germain, la Pouponnière de Porchefontaine, la Consulta de niños de pecho del Dr. Budin en la Maternidad y la del Dr. Bresset de la calle Oudinot, el *Dispensario de Belleville*, del Dr. Variot, y, por último, pasé á Bélgica, para visitar la *Lechería maternal* del Dr. Lust, en Bruselas, y la Gota de Leche establecida en Hodimont por iniciativa de M. Cerehex.

Convenientemente informado de todos los detalles, tanto científicos como mecánicos, de estos establecimientos, volví á Madrid, consagrando toda mi actividad á los trabajos preparatorios para la instalación del primer *Consultorio para niños de pecho* y *Gota de Leche*, en la calle de San Bernardo, núm. 83.

Mas comprendiendo que esta hermosa Institución, tan humanitaria y caritativa, tenía necesidad del concurso de todas las clases sociales, acudí en un principio á S. M. la Reina D.ª María Cristina, la cual me ofreció al instante su protección y aceptó gustosa la presidencia de la *Junta de damas protectoras* de la Institución, en número de 22. Me dirigí también á Sociedades bancarias, comerciales, á Corporaciones y á particulares, obteniendo en todas partes muy buena acogida.

La inauguración del Consultorio se verificó el 22 de enero de 1904, con asistencia de S. M. la Reina, los Príncipes de Asturias, la Infanta D.ª Isabel, el Príncipe de Baviera y su esposa la Infanta D.ª Paz, el Excmo. Gobernador civil de la provincia, el Alcalde de Madrid, los Inspectores de Sanidad, altos dignatarios de la Corte, damas de la Nobleza, gran número de médicos, etc., etc.

El acto alcanzó las proporciones de un verdadero acontecimiento; los periódicos literarios, tanto políticos como profesionales, se ocuparon extensamente de él con grandes elogios.

***

El Consultorio consta de:

1.° Un vestíbulo.

2.° Sala de juntas.

3.° Antesala.

4.° Sala de pesadas, con balanza de Exupère y báscula.

5.° Sala de consulta.

6.° Gabinete de esterilización, con aparato Hignette para 1.000 biberones.

7.° Sala para llenar los biberones, con aparato auto-stop de Copin.

8.° Sala para la limpieza de los biberones, operación que se hace con el aparato giratorio de Laune, de París.

9.° Gabinete para la distribución de los biberones en cestillos de alambre.

10. Una habitación con armarios para envolturas y vestidos de niños.

11. Habitaciones de la Gerente y del personal del Consultorio.

12. Cuarto-almacen ó depósito de biberones, de harinas, de medicamentos, etc.

***

Los trabajos del Consultorio están distribuídos de la siguiente manera:

Lunes. — A las nueve se recibe á las madres pobres que van en busca sólo de consejos para criar á los niños, ya al pecho, ya con biberón. Esta consulta dura hasta la una y está á mi cargo.

Una vez pesados los niños, son éstos llevados á la sala de consulta, y todas las mujeres escuchan las observaciones que les hago según los diferentes casos particulares.

Miércoles.—Se recibe á las madres inscritas en la *Gota de Leche;* es decir, á las que utilizan para la lactancia de sus hijos la leche esterilizada de la Consulta.

También estoy yo encargado este día de la consulta, ayudado por el Dr. D. Jesús Sarabia, pediatra distinguido, el cual examina al niño en casos de enfermedad y prescribe la medicación conveniente.

Jueves.—Es el día que se recibe á las madres de la *clase rica*, que vienen únicamente en busca de consejos, ó que en la *Gota de Leche* forman la primera categoría, esto es, pagan una peseta diaria. Siempre está muy concurrida esta consulta, desempeñada por el renombrado pediatra el Dr. Jules Robert.

Las señoras dan, como limosna, lo que quieren para la caja del Consultorio.

Además, el martes, jueves y sábado, hay consulta para *niños enfermos*, de la cual están encargados: de las enfermedades de los ojos, la Dra. Arroyo; garganta, nariz y oídos, el Dr. Rueda; cirugía general, el Dr. Pérez Ortiz; medicina general, los Dres. Benítez, Sarabia y Tolosa Latour.

Las categorías establecidas en la Sección *Gota de Leche* son:

1.ª Los ricos;

2.ª La clase media;

3.ª La clase obrera;

4.ª Los pobres.

La primera, paga por su ración diaria de leche *una peseta*.

La segunda, 65 céntimos.

La tercera, 30 céntimos.

La cuarta recibe la leche mediante *Bonos* que se obtienen por *tres* pesetas, y que son valederos por treinta y un día.

A las madres de la tercera y cuarta categorías inscriptas en la *Gota de Leche* se les suministra además, *gratuitamente*, harinas para hacer sopas, jugos de carne (á las de lactancia mixta), medicamentos, etc., y á las que cumplen bien sus deberes maternos, con más celo, se las recompensa con envolturas, vestidos, etc., para los niños.

La idea de establecer la *consulta especial* del jueves ha sido para hacer acudir á la consulta á las madres ricas, á fin de que éstas, recibiendo consejos higiénicos, y al ver por experiencia los buenos resultados obtenidos, se conviertan en fervientes *propagandistas* de nuestra Institución, contribuyendo así á aumentar el número de suscriptores para el sostenimiento de la fundación. Y así es, en efecto, lo que ocurre.

***

Nuestra estadística, aunque no es muy extraordinaria, acusa, sin embargo, una cifra ya algo respetable.

Desde la inauguración del *Consultorio* (22 de enero de 1904), hasta el 30 de septiembre de 1905, hubo el siguiente número de inscripciones:

A la Consulta del lunes	449
— — del miércoles	253
— — del jueves	449
Lo que hace un total de	1.151

La clase de lactancia ha sido:

Lunes (clase pobre)	Lactancia al pecho	38	por 100
	— mixta	36	—
	— con biberón	25	—
Jueves (clase rica)	Lactancia al pecho	66 ½	por 100
	— mixta	24	—
	— con biberón	9 ½	—

A la *Gota de Leche* del miércoles acudieron 255 niños, alimentados con:

Lactancia materna	6
— mixta	111
— con biberón	127
Total	244

Las que por diversos motivos no tomaron leche, fueron 11.

Como se ve por esta estadística, las madres madrileñas tienen una predilección marcada por la lactancia materna ó la lactancia mixta; no recurren á la lactancia artificial sino en casos de *absoluta necesidad.*

El entusiasmo despertado en España en favor de las *Gotas de Leche* es tan grande, que ya varias poblaciones importantes poseen establecimientos de esta clase; por ejemplo:

Barcelona,
Bilbao,
San Sebastián,
Logroño.

Allí donde no fué posible crear esta clase de establecimientos, se han fundado *Consultas para niños de pecho;* por ejemplo:

En Tortosa,
En Pamplona,
En Valencia.

Además, se han emprendido trabajos preparatorios para establecerlas en:

Zaragoza,
Mahón,
Vitoria.

***

Aunque el número de los niños criados con biberón sea muy inferior al de los lactados por sus madres ó criados con lactancia mixta, la mortalidad infantil en Madrid es verdaderamente aterradora, como vemos por los resúmenes expuestos al comienzo de este informe. Esto demuestra que una de las principales causas, si no la primera, de dicha mortalidad, consiste en la *ignorancia de las madres*. Convencido de la certeza de esta afirmación, proclamo la necesidad, ante todo y sobre todo, de propagar la creación de *Consultorios de niños de pecho*, escuelas educadoras para las madres, donde éstas aprenden el arte de criar bien á sus hijos, no sólo en el período de la lactancia, sino también durante los primeros años de la

vida del niño. Pero como todas las madres no *pueden* lactar á sus hijos, y como, además, la falta de recursos no les permite tener una nodriza ni criar á sus hijos con biberón, conviene fundar, como anejo á estos Consultorios, *Gotas de Leche*, á fin de suministrarlas leche de excelente calidad y á precio al alcance de todas las fortunas.

Nadie podrá negar qué suministrando leche de buena calidad se llega á disminuir la mortalidad infantil; pero yo creo firmemente que esta disminución representaría una cifra insignificante. En mi humilde opinión, lo esencial, lo que ejercería una influencia verdaderamente notable, sería la *educación* de las madres y de las nodrizas respecto á la higiene infantil, por medio de una campaña muy activa sobre todo en favor de la *lactancia materna*, á fin de aumentar el número de las madres que amamanten ellas mismas á sus hijos, siguiendo un buen método en armonía con las reglas de higiene establecidas por la ciencia.

Para demostrar de una manera evidente, de modo que no quede ninguna duda acerca de lo que acabo de decir, voy á exponer, ahora, los resultados obtenidos en la Inclusa de Tortosa, ciudad española de la provincia de Tarragona, en Cataluña.

El director de este establecimiento, que hace veinticinco años lo es el Dr. Vilá, ha tenido la feliz idea de poner en práctica, durante el año 1904, las reglas formuladas en mi *Cartilla de higiene para las madres* (1).

Comparando la estadística del referido año 1904 con la de los veinticuatro años precedentes, he aquí lo que resulta:

Estadística hecha en la Casa provincial de Caridad de Tortosa (Departamento-Inclusa) en los 25 últimos años.

RESIDENCIA	ANTES			DESPUES			TOTAL		
	Entradas.	Defunciones.	Tanto por 100 de defunciones.	Entradas.	Defunciones.	Tanto por 100 de defunciones.	Entradas.	Defunciones.	Tanto por 100 de defunciones.
En el Establecimiento.	564	380	67'3	83	21	24'0	647	401	62'1
En el campo.....	807	324	40'04	133	17	35'1	940	341	36'2
TOTAL.....	1371	704	51'0	216	38	17'5	1587	742	46'7

(1) Véase la *Clinique infantile* (Journ. de méd. de l'enfance, núm. 18, 15 septiembre 1904) y el *Progrès Medical*, núm. 37, 12 septiembre 1908.

JUICIO — ÉPOCA	Entradas.	ENTEROCOLITIS		ATREPSIA		TOTAL	
		Número de enfermos.	Tanto por 100 de enfermos.	Número de enfermos.	Tanto por 100 de enfermos.	Número de enfermos.	Tanto por 100 de enfermos.
Antes.....	564	427	75'7	321	56'7	748	132'0
Después.....	83	14	16'8	9	10'8	23	27'8
TOTAL.....	647	441	68'1	330	51'0	771	119'01

Semejante éxito, confirma mi persuasión de que para resolver victoriosamente el grave problema de la mortalidad infantil es completamente necesario é indispensable :

1.° Propagar la creación de *Consultorios de niños de pecho*, dirigidos por médicos competentes.

2.° Fundar, como anejo á cada consulta, una *Gota de Leche*, á fin de suministrar buena leche, ya cruda, hervida y pasteurizada, maternizada ó esterilizada, á las madres que no pueden amamantar á sus hijos.

3.° Divulgar por medio de conferencias *populares*, de folletos ó de opúsculos, ó por intermedio de la Prensa, los conocimientos generales de higiene, y muy particularmente los que tratan de higiene de la primera infancia.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 16 de Junio de 1906.

Estadística sanitaria del ejército español. — El Dr. *Larra* hace uso de la palabra para exponer algunas consideraciones acerca de la estadística sanitaria del ejército español en 1904, estadísticas que se hacen en España con arreglo á un convenio internacional, siendo ésta de que se trata, muy satisfactoria comparada con la de otros años.

Manifiesta que desde 1901 la mortalidad va disminuyendo, puesto que en

dicho año estuvo representada por un 6 y pico por 1.000; en 1902 descendió á poco más de un 5, y en 1903 á 3'80 y tantos por 1.000, habiendo subido algo en 1904 como consecuencia de nuestras campañas coloniales.

Compara después el estado sanitario de nuestro ejército con el de otras naciones, complaciéndose en decir que el estado de nuestro ejército es satisfactorio, pues que mientras nosotros hemos pasado poco de una mortalidad de poco más de 4 por 1.000 en 1904, en el ejército de tierra de los Estados Unidos fué de un 6'75 por 1.000 y en las tropas de mar un 6 por 1.000 en el mismo año.

Afirma que en casi todos los distritos de la península ha descendido la mortalidad, encontrándose solamente en Melilla en una proporción de 10 por 1.000 á causa de una epidemia palúdica.

En cuanto á la mortalidad en los diferentes meses del año á que venía refiriéndose, dice que el más favorable fué el de noviembre, en que aquélla sólo estuvo representada por 24 centésimas por 1.000, y el más desfavorable el mes de abril, en que la proporción llegó á 50 centésimas, relacionando esto con las malas condiciones en que se encuentra el recluta por ser la época de incorporación á las filas, lo que trae consigo cambio de régimen, alimentación y aun aclimatación por pasar de unas á otras regiones de la península, ocurriendo lo mismo en todas partes.

Las enfermedades que en dicho año habían dado mayor contingente hospitalario fueron las dermatosis, bronquitis, chancro blando, sífilis y tuberculosis.

Las enfermedades que diezman á nuestros soldados son: el tifus, la fiebre tifoidea y la tuberculosis, y que aun cuando es un obstáculo en este sentido nuestro vigente reglamento de exenciones, se va consiguiendo algo, y espera que se llegará á una cifra reducida de mortalidad por tuberculosis.

Actualmente ha leído un trabajo de un médico militar francés en que se ocupa de *los débiles* en aquel ejército, en el que se aprecian las mismas deficiencias.

En cuanto al tifus y á la fiebre tifoidea, hace algunos años causaba en España menos estragos que en Italia y en Francia, pero que en estos países se han tomado precauciones que han hecho disminuir allí esta enfermedad, y que si en nuestro ejército se ha logrado, como queda dicho, disminuir la morbosidad y mortalidad de otras enfermedades, no puede decirse lo mismo respecto á la fiebre tifoidea, porque no es posible impedir que los soldados la contraigan fuera del cuartel, y que así la mortalidad por dicha enfermedad hay que achacarla á las malas condiciones higiénicas de la población civil.

En dicho año 1904 no murió ningún soldado por difteria, y de viruela sólo falleció uno.

En cuanto á las demás enfermedades epidémicas, apenas han producido mortalidad, siendo de notar que aun cuando el tifus exantemático castigó á algunas poblaciones de España, el ejército sólo perdió dos hombres por dicha enfermedad.

En cuanto á los éxitos de la vacunación en el ejército, ocupamos el segundo lugar entre las naciones europeas, puesto que sólo nos supera Ale-

mania, lo cual constituye una honra para el Instituto de Sanidad militar.

No se había presentado en el ejército ni un sólo caso de tracoma.

En cuanto al suicidio, está en nuestro ejército en menor proporción que en los demás, lo que demuestra que en España el servicio militar no es tan penoso y duro como en otras naciones, especialmente en Alemania, que tiene fama de ser el pueblo que peor trata á sus soldados, por cuya razón allí el suicidio en 1904 alcanzó una proporción de 42 centésimas por 1.000, mientras que en nuestra patria, en igual año, estuvo representado por 14 centésimas.

Termina el Sr. Larra afirmando que el ejército que tiene una proporción más favorable de mortalidad es el español.

Supuesta incompatibilidad de los calomelanos.—El Dr. *Rodríguez Carracido* recuerda lo que se enseñaba, en su época de estudiante, respecto á la incompatibilidad de los calomelanos y del cloruro sódico, creyendo que aquél se convertía con facilidad en cloruro mercúrico; concepto que le parece siempre absurdo, desde el punto de vista de las teorías químicas reinantes á la sazón, y teniendo en cuenta además que el organismo contiene cloruro de sodio, y ácido clorhídrico el jugo gástrico.

Alude á las teorías de los equilibrios químicos y de las reacciones parciales ó limitadas, y da lectura á párrafos de una obra en que se sostiene la incompatibilidad de los calomelanos y del cloruro sódico, y de otra en que se asegura que la formación del sublimado, ni es tan segura ni de proporciones que inspiren grandes temores.

Partiendo del hecho, por todos admitido, de que el amoníaco produce un precipitado blanco en las soluciones de cloruro mercúrico, da noticia de las investigaciones que ha realizado en su laboratorio de química, llegando á demostrar el cloruro mercúrico en la proporción de 1 por 40.000 (un gramo de sublimado por 40 litros de agua), formándose un anillo blanco; y habiéndose puesto cloruro mercúrico, sin nada de magnesia, no ha habido reacción si no se hacía la concentración al décimo, ó sea en la proporción de 1 por 20.000, en que se ha presentado un anillo blanco.

El Dr. Carracido añade, como resultado de sus investigaciones, que puestas en contacto las soluciones de cloruro sódico con calomelanos, hay producción de cloruro mercúrico, pero en proporciones infinitesimales, que no pueden ocasionar efectos tóxicos; que empleando un protoplasma rico en oxidasa, como la parte más extrema de la patata, se forma igualmente cloruro mercúrico en cortas proporciones, y que, por lo tanto, sin y con protoplasma, la mezcla de cloruro mercurioso y de cloruro sódico produce cloruro mercúrico, pero en proporciones que no son tóxicas.

Respecto al ácido clorhídrico, su acción es análoga á la del cloruro sódico, formándose cloruro mercúrico en contacto con los calomelanos, pero en cantidades muy inferiores á las de las dosis tóxicas.

Estudiando la acción de los calomelanos y del cloruro sódico, cuando penetran en el intestino delgado, sostiene que el cloruro mercúrico que se forma excita la secreción de la bilis, en tanto que los calomelanos estimulan la excreción y obran como purgante; que para determinar ambos efectos, será preciso asociar el cloruro sódico á los calomelanos; que el cloruro mercúrico es estimulante de las acciones oxidantes de las cimasas, si ac-

túa en cantidades muy pequeñas ó fracciones de gota, sucediendo lo contrario si obra en mayores cantidades, pues en tal caso ya no será estimulante de las oxidasas, como sucedía con las pequeñas proporciones.

El Dr. *Puerta* interviene en el debate, y dice que se proponía hacer algunas observaciones á la interesante comunicación del Dr. Carracido, aunque no estaba preparado con trabajos de laboratorio, que es como se resuelven estas cuestiones prácticas.

La molécula de cloruro mercurioso es poco estable, y fácilmente se altera por varias acciones. Por la luz se reduce á mercurio metálico, formándose cierta cantidad de cloruro mercúrico; por la acción del calor también sufre disociación, y en contacto del agua caliente se altera igualmente.

Por la acción de los cloruros alcalinos, especialmente el cloruro amónico, se convierte, en parte, en cloruro mercúrico, é igual transformación experimenta por el ácido clorhídrico.

El ácido cianhídrico, aunque esté diluído, forma con los calomelanos sal mercúrica, y de aquí la incompatibilidad señalada por todos los autores en la asociación de calomelanos con el looc blanco y agua de laurel cerezo, por la mínima cantidad que estos medicamentos contienen de ácido prúsico, observándose, al hacer la mezcla, que aparece un polvillo gris de mercurio reducido.

Además de éstas, señalan los autores la incompatibilidad de los calomelanos con los álcalis, carbonatos alcalinos, bromuros y yoduros, que producen descomposición manifiesta, por lo cual no creo necesario, dice, ocuparme de ellas. También se indica la incompatibilidad con el azúcar y las materias albuminóideas en presencia de la humedad, y sobre todo recuerda que hace años examinó unas pastillas de calomelanos y contenían indicios de cloruro mercúrico, que se reveló por el reactivo hidrógeno sulfurado, que es muy sensible.

El caso concreto expuesto por el Sr. Carracido, de la transformación parcial del cloruro mercurioso en mercúrico, por la acción del cloruro de sodio, la citan todos los autores, y él mismo nos ha dicho que la ha comprobado; pero como la cantidad de cloruro mercúrico que se forma es tan pequeña, cree que no hay que temer sus efectos tóxicos. En estas acciones debe tenerse en cuenta que la solución de cloruro de sodio disuelve algo de cloruro mercurioso, como disuelve también al cloruro de plata.

Por fin, en los líquidos del organismo existe cloruro de sodio, y en el estómago pequeña cantidad de ácido clorhídrico, por lo cual en la ingestión de los calomelanos debe formarse algo de cloruro mercúrico, cuya mínima cantidad no produce efectos tóxicos, habiendo quien cree que la acción terapéutica del cloruro mercurioso es precisamente debida á la corta cantidad de cloruro mercúrico que se forma, no tan sólo por la acción de los cloruros, sino también por las materias albuminóideas del organismo.

El Dr. *Codina* manifiesta que, aun cuando tal vez pareciera raro á la Academia que pidiera la palabra para intervenir en un asunto que parecía especializado por la Química, era tal, á su modo de ver, el interés que despertaba la comunicación presentada por el Dr. Carracido, y tenía consecuencias de tan grande importancia para las aplicaciones médicas y para el ejercicio profesional, que le parecía que, aun siendo el último de los médicos

que se honraba sentándose en los escaños de la Corporación, podía hablar de un asunto de este género, por entender que no debían pasar en silencio dicha comunicación los médicos que, como él, se ocupan diariamente en el ejercicio profesional.

Que después de estas palabras de disculpa, las primeras que había de pronunciar las dedicaba á felicitar de todo corazón, y con verdadero entusiasmo, al Dr. Carracido, por creer que estos son los trabajos que más interesan á todas las Academias, puesto que se trata de pruebas de hechos contrarios á las doctrinas aceptadas en Medicina, por lo que entendía que era de la mayor importancia ahondar en esta clase de investigaciones, y que, merced á las que el Dr. Carracido había efectuado, se contaba con un medio más sensible para la determinación cuantitativa del cloruro mercúrico en una solución, puesto que llegó á determinar el 1 por 40.000.

Con gran oportunidad había manifestado el Dr. Carracido que quería dar á sus investigaciones la mayor analogía posible con lo que puede ocurrir en el interior del organismo humano, y esto le había hecho pensar en que tal vez podrían llevarse más allá las investigaciones, puesto que, si bien las consecuencias de estos experimentos se desprenden con toda lógica, le parecía que habían de encontrar dificultades en la práctica médica por las arraigadas tradiciones que existen, fundamentadas ó falsas, en cuanto á la combinación del cloruro sódico con los calomelanos.

Estimaba que el problema se había planteado por el Dr. Carracido en condiciones demasiado químicas, pareciéndole que no estaría demás que se hicieran las experiencias, no con cuerpos puros como los empleados por el Dr. Rodríguez Carracido, sino con cloruro sódico impuro, como el que generalmente se emplea en la práctica usual. Además, señala el Dr. Codina la necesidad de que se completara la investigación añadiendo á las substancias experimentadas los fermentos digestivos y, sobre todo, acudiendo á la experimentación fisiológica ó animal, á la experimentación *in vivo*, única forma de que las conclusiones que se dedujeran pudieran aceptarse en el ejercicio práctico de la Medicina sin dudas ni temores, sino con resolución y confianza.

PERIÓDICOS

Absceso meníngeo consecutivo á una otitis media supurada. — En la *Gaceta Médica del Norte*, publica el Dr. Aparicio el caso siguiente, relativo á una niña de once años de edad, natural de Madrid, de temperamento linfático y sin antecedentes hereditarios.

Como historia personal patológica, sólo aporta la otorrea crónica (siete años de fecha), que parece ser la causa del presente estado patológico. La otorrea dicha ha seguido en este lapso de tiempo el curso propio de este género de efectos; es decir, que han alternado las remitencias y agravaciones; afirmando la madre que en las épocas de casi supresión del flujo purulento, la niña se encontraba peor. Desde hace diez días la supuración es

muy escasa, pero los dolores de oídos con irradiación á toda la cabeza son tan intensos, que han hecho perder el apetito, produciendo náuseas y aun algún vómito. La fiebre es de 40°, el pulso frecuente y pequeño. La marcha insegura, difícil. La inteligencia está íntegra y en la motilidad y sensibilidad generales no se nota nada de anormal, aun cuando la marcha parece algo difícil; sin duda obedece al estado febril y de debilidad en que se encuentra la niño. El examen de la región mastoidea no revela otra cosa que un vivo dolor en la parte correspondiente al antro mastoideo y una muy ligera tumefacción y enrojecimiento de la piel.

En vista de lo expuesto, diagnosticó mastoiditis consecutiva á la otitis crónica, sin afirmar la existencia de absceso purulento en los sitios clásicos, es decir, meninges, cerebro y cerebelo, por cuanto, como queda dicho, no existía síntoma alguno de foco.

Acordó practicar inmediatamente la trepanación mastoidea. Afeitada la cabeza y aseptizada convenientemente, trazó una incisión horizontal como de 4 centímetros, dirigida hacia atrás y cuyo punto de partida era la parte más alta del surco retro-auricular derecho. A pocos milímetros de éste trazó una incisión, que comenzando en el punto de partida del anterior, termina en el vértice de la apófisis mastoidea. Trazado este colgajo angular con el perióstomo, desprendió todos los tejidos blandos, periósteo inclusive, dejando al descubierto toda la apófisis mastoidea y parte ósea del conducto auditivo externo. Con el escoplo y martillo levantó el cuadrado clásico en la trepanación de la mastoidea, esto es, lado interno á 4 milímetros de la pared posterior del conducto; lado superior formando ángulo con el precedente y á nivel de la espina de Henlle paralelo á la línea supramastoidea; lado externo paralelo al interno y lado inferior paralelo al superior: las dimensiones del cuadrado eran próximamente de 6 milímetros de lado.

El efecto operatorio inmediato fué curioso: en seguida que se levantó la capa ósea superficial de la apófisis empezó á fluir á oleadas isócronas con el pulso un pus amarillo, sanguinolento, bastante fétido y en cantidad de 25 gramos próximamente.

Terminada la excavación y puesto el antro al descubierto, sondó muy suavemente con un estilete, penetrando en la fosa cerebral media, como á unos 4 centímetros próximamente. Ni antes ni después del sondaje salió substancia alguna que tuviera parecido con la cerebral. Con la cucharilla de Vokman, raspó bien las células mastoideas y algo de la caja, sacando bastantes fungosidades, terminando la limpieza con abundante irrigación de la solución acuosa de cloruro de zinc al 1 por 100. Como el agua salía y entraba bien, tanto por el antro como por el conducto auditivo externo, no pasó á practicar la operación de Stacke. Con gasa yodofórmica se taponó el antro y conducto auditivo. No se hizo sutura alguna.

Al día siguiente de la operación (26), descendió la fiebre para no volver más; desaparecieron los dolores, se reanimó la niña y empezó á nutrirse, saliendo casi curada y sin experimentar contratiempo alguno, al cabo de mes y medio. Quedando una exudación muy escasa, serosa más bien que purulenta, continuó asistiendo al consultorio de niños, en donde completó su curación.

El presente caso pone de manifiesto una vez más la gravedad de las otitis crónicas y la necesidad imperiosa con que se impone la trepanación mastoidea, á las menores sospechas de complicación, ya radiquen éstas en las células mastoideas, en las meninges ó en la masa cerebral. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 26 de Junio de 1906.

Tiflocolitis y apendicitis. — El Dr. RECLUS: Es evidente, como ha dicho el Dr. Dieulafoy, que son sobre todo los médicos los que encuentran más á menudo los casos de enterocolitis; pero en Francia y en el extranjero, médicos y cirujanos están unánimes en proclamar las relaciones que unen estrechamente enterocolitis y apendicitis. No pudiendo aportar una estadística personal, presentaré la del Dr. Bernard (de Plombières), quien declara que de 1.100 casos de enterocolitis ha encontrado 76 de apendicitis demostrada, ó sea una proporción aproximada de 7 por 100. La estadística de Talamon da una proporción de 29 enterocolitis en 80 casos de apendicitis; por lo tanto, es de pensar que en cada cinco ó seis enfermos se encuentra cuando menos uno con enterocolitis y apendicitis. ¿Se operan enfermos por apendicitis que no tienen? Esto es absolutamente evidente para mí, que he declarado varias veces que se opera precipitadamente. Cuando menos, sobre este punto, estoy de acuerdo con el Dr. Dieulafoy.

El Dr. PINARD: Desde hace veinte años examino á mis enfermos desde el punto de vista de la enterocolitis y apendicitis, y en un número considerable de ellos, sólo he encontrado muy pocas veces esta relación.

El Dr. DIEULAFOY: Me encarga el Dr. Duret presentar á la Academia un trabajo referente á la cuestión que nos ocupa, y en este importante trabajo cita casos de apendicitis verdadera que deben operarse en individuos predispuestos á la enterocolitis, y refiere otros de apendicitis crónica verdadera que han sostenido alteraciones intestinales que han desaparecido con la operación; pero insiste sobre la tiflocolitis tomada erróneamente por apendicitis, y llega á la siguiente conclusión: «El hecho clínico enunciado por el Dr. Dieulafoy, es de una verdad indudable». Mi comunicación no ha tenido otro objeto que pedir, en nombre de la clínica, que se prestara más atención á los diagnósticos con objeto de evitar errores operatorios. Habremos diferido de opinión en cuestiones de detalle ó de interpretación, pero hemos estado absolutamente de acuerdo sobre el punto esencial del debate, ó sea acerca del gran número de individuos que, sólo padeciendo una tiflocolitis mucomembranosa, son inmediatamente operados para combatir una apendicitis que no tienen.

La vacunación en la Guinea francesa. — El Dr. Kermorgout: La viruela existe en el estado endemo-epidémico en esta región del Africa y es sostenida por la variolización, muy en boga entre los focelahs y los musulmanes. En 1905 fué la primera vez que se vacunó metódicamente en dicho país. El Dr. Martín ha verificado varios viajes, en el curso de los cuales nunca le ha faltado la linfa vacuna, gracias á las siembras sucesivas practicadas en terneras que le seguían y en las que podía recoger vacuna fresca á los cuatro ó cinco días de haberlas inoculado. El número de vacunaciones practicadas se ha elevado á 19.700, con un tanto por ciento de éxitos que varió entre 70 y 90.

Los aneurismas de los grandes vasos y su tratamiento por el suero gelatinizado.— El Dr. Lancereaux: La arterio-esclerosis generalizada ó endarteritis, sólo excepcionalmente, va seguida de aneurisma de los grandes vasos. Las condiciones patológicas de estos procesos están ligadas á las periarteritis, que ganan en profundidad y acaban por perforar la membrana elástica de las arterias. Descartado el traumatismo, sus causas tienen un origen infeccioso, y las que nosotros desde luego conocemos son los agentes de la tuberculosis, de la sífilis y del paludismo. La rotura es la forma de terminación fatal de los aneurismas de los grandes vasos, cuando no se verifica la coagulación espontánea de la sangre en el saco aneurismático. Siendo muy rara esta coagulación espontánea, la indicación formal es de tratar provocarla, y á ella responden el método de las inyecciones de suero gelatinizado. Teniendo este método la propiedad de favorecer la coagulación de la sangre en el seno de los aneurismas verdaderos, se opone, en consecuencia, á su rotura si el enfermo tiene cuidado de evitar los esfuerzos muy violentos. Contrariamente á lo que se ha predicho por algunos autores, el método de las inyecciones de gelatina no expone á ningún peligro, á condición de que el suero empleado sea perfectamente aséptico. Su indicación es tanto más formal en los aneurismas de los grandes vasos cuanto que la intervención quirúrgica es con frecuencia imposible ó peligrosa, y no se conoce, hasta ahora cuando menos, ningún otro medio de detener seguramente los progresos de estos graves desórdenes. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 27 de Junio de 1906.

Pericolitis adhesiva.—El Dr. *Sieur* refirió el caso de un soldado joven que desde algunos años antes se quejaba de estreñimiento rebelde con dolor pungitivo en el hipocondrio derecho. Presentó de repente síntomas de oclusión intestinal, que por sus caracteres especiales — vómitos líquidos biliosos abundantes, dolor á la presión y macicez en el hipocondrio izquierdo, falta de abombamiento abdominal—hicieron creer que la oclusión radicaba en la última parte del duodeno. La laparatomía confirmó la exactitud del diagnóstico: el ángulo yeyunoduodenal estaba muy acodado por adherencias inflamatorias pericólicas, que al parecer rodeaban completamente el estómago y el hígado. El Dr. Sieur se limitó á romper estas

adherencias lo mejor posible y después cerró el abdomen, dejando un tubo de desagüe para conjurar todo accidente de perforación del duodeno, cuya pared, muy friable, estaba al parecer lesionada en su vitalidad.

Los sucesos le dieron la razón; el duodeno se perforó en varios puntos y el enfermo murió á los ocho días. La autopsia reveló la existencia de adherencias pericólicas que se extendían desde el codo infrahepático del intestino grueso hasta el nacimiento de la S ilíaca; el hígado, el estómago y el bazo estaban rodeados en parte por estas adherencias. Las vías biliares se encontraban en estado normal. En cambio, la mucosa del intestino grueso se hallaba inflamada y ulcerada en ciertos puntos. En la última parte del duodeno había cinco perforaciones. En resumen: se trataba en este caso de una peritonitis esclerofibrosa adhesiva, dependiente de una enterocolitis crónica, que determinó la oclusión estrangulando el asa yeyunoduodenal.

Estenosis pilórica cicatrizal. — El Dr. *Quénu* narró el caso siguiente, que acaba de observar. Se refiere á una mujer de cuarenta y seis años, que ingirió por error una disolución concentrada de ácido clorhídrico. Los primeros síntomas — dolor, disfagia, vómitos y fiebre — causados por la quemadura de las mucosas bucal, faringo-esofágica y gástrica, fueron de corta duración, y al segundo día pudo esta mujer dejar el lecho y alimentarse por la boca. Mas los vómitos tardaron poco en reproducirse, y sus caracteres indicaban con toda claridad que dependían de una estenosis pilórica. La enferma enflaqueció con rapidez, y seis semanas después del accidente fué preciso practicar la gastro-enterostomía. Por desgracia, esta mujer, que se encontraba estenuada, fué acometida de un síncope apenas había hecho el Dr. Quénu una incisión en la pared del abdomen. La respiración artificial y el amasamiento transdiafragmático del corazón fueron inútiles, y la enferma sucumbió. Para la cloroformización se empleó el aparato de Roth Dräger.

Al practicar la autopsia se descubrió, como se esperaba, una estrechez acentuadísima del píloro, que permitía á lo sumo el paso de un estilete metálico; la mucosa pilórica estaba completamente destruída. No había otras lesiones macroscópicas apreciables del estómago. El esófago era el único que presentaba á lo largo de su pared posterior algunas bridas cicatrizales blanquecinas y poco profundas.

Vólvulo del ciego. — El Dr. *Quénu* refirió un caso de vólvulo observado en un hombre de veinte años. Desde cuatro años antes este enfermo había padecido varias crisis abdominales que simulaban por completo las de apendicitis. Se diagnosticó apendicitis de repetición, y el Dr. Quénu aconsejó esperar á que desapareciera el período de agudeza para operar.

Se hizo una incisión de Jalaguier y se buscó directamente el recto, pero fué imposible encontrarle en su sitio ordinario; la fosa ilíaca estaba completamente ocluída. El Dr. Quénu buscó entonces el colon transverso, y utilizándole como guía concluyó por encontrar el ciego oculto en el hipocondrio izquierdo, debajo del bazo, donde estaba retenido por adherencias, envuelto en peritoneo y sin meso. El apéndice se hallaba también retenido por adherencias, y fué resecado. Cuanto al ciego, fué vuelto á la fosa ilíaca derecha, donde se le fijó en la pared abdominal por medio de algu-

nos puntos de sutura. El enfermo murió á los pocos días con síntomas de toxemia.

La autopsia demostró que el ciego estaba acodado en ángulo recto sobre el colon ascendente, enroscado además al colon transverso y distendido por materias consistentes y de color obscuro. No había indicio de peritonitis. La cara interna del ciego presentaba ulceraciones superficiales de la mucosa. El apéndice tenía, por el contrario, la mucosa sana, sin más lesión que una ulcerilla superficial de la serosa.

Cree el Dr. Quénu que la patogenia de los accidentes en su caso ha sido la siguiente: la flexión del ciego estancó los excrementos en su interior, y esta estancación provocó alteraciones de la mucosa, las que á su vez originaron peritonitis localizada, que se reveló por adherencias persistentes, es decir, por la fijación definitiva del acodamiento cecal. La toxemia, á la que sucumbió el enfermo, fué consecuencia de la coprostasis cecal permanente.

Desde el punto de vista de la terapéutica de estas lesiones, pueden estar indicados dos métodos operatorios: la resección del ciego ó la cecopexia. El Dr. Quénu recurrió en su caso á esta última operación porque le había dado buen éxito en otro enfermo con ciego móvil oculto debajo del hígado y que se confundió con una vesícula biliar distendida. Si hubiera podido suponer que en el caso presente estaba ulcerada la mucosa cecal, quizá hubiese extirpado el ciego. — (*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 4 de Julio de 1906.

Cáncer primitivo del ovario. — La Dra. *L. Mc Ilroy* dijo que el cáncer primitivo del ovario, no sólo se observa hacia la menopausia ó después, sino también en enfermas jóvenes; en este último caso es influída la menstruación suspendiéndose el flujo menstrual. Los partos no ejercen influencia alguna en el desarrollo de la enfermedad. El dolor no es un síntoma marcado, y lo único que obliga á las enfermas á dejarse operar es el abultamiento del abdomen. En la mayor parte de los casos hay ascitis. Las metastasis dependen de la duración de la enfermedad y de la integridad de la cápsula del tumor. Las probabilidades de recidiva son grandísimas. El carácter maligno de la enfermedad rara vez se sospecha antes de la operación.

Los dos ovarios suelen afectarse, pero la enfermedad se halla más avanzada en uno que en otro. Al principio la cápsula es resistente, después se rompe y el tumor prolifera á través de las aberturas. El epitelio germinal suele faltar. No se encuentran folículos de Graaf ni cuerpos amarillos. Las formas más comunes de cáncer del ovario son la glandular quística y la alveolar con aumento de tejido conjuntivo. La neoplasia se encuentra casi siempre cerca de la superficie y en los pliegues. El tumor procede de las células de los folículos y de las germinales. Los llamados huevos por los patólogos alemanes son masas de protoplasma degenerado, productos regresivos de las células del folículo. La carioquinesis no es muy acentuada en

estos cánceres celulares. Las células que se encuentran en el cáncer del ovario se asemejan á las de las neoplasias benignas, pero difieren por su distribución, por su disposición irregular y por su proliferación.

Estrechez pelviana.— El Dr. *Nepean Longridge* leyó un trabajo basado en 64 casos de estrechez pelviana, observados durante el año anterior en el Hospital de la Reina Carlota. El resultado en todos estos casos fué satisfactorio respecto á las madres, porque no hubo en ellas ni muerte ni complicación grave; murieron ocho niños, tres de los cuales tenían vicios de conformación incompatibles con la vida. En 14 casos el parto fué espontáneo, siendo el más notable el de una primípara que dió á luz en diez horas un feto vivo que pesaba más de 2.000 gramos. De estas mujeres nueve eran primíparas y cinco multíparas; nacieron muertos dos fetos, uno macerado y uno hidrocefálico. El parto fué provocado por candelillas en 17 multíparas y en seis primíparas. La fecha de la provocación se determinó calculando las dimensiones relativas de la cabeza del feto y de la pelvis de la madre. Nacieron 17 niños sin auxilio alguno, cinco fueron extraídos con el forceps y uno por la versión; uno de ellos nació muerte y uno murió tres días después con imperforación del ano. El tiempo transcurrido entre la introducción de las candelillas y el nacimiento del feto fué, por término medio, de noventa y dos horas seis minutos. La versión se practicó en seis casos, muriendo dos niños. A la operación cesárea se recurrió en nueve casos, muriendo un niño y salvándose todas las madres. En una de estas enfermas la operación se practicaba por segunda vez.

En las estrecheces pelvianas sólo puede elegirse entre la provocación del parto y la operación cesárea. La estadística del Hospital de la Reina Carlota tiende á demostrar que el primero de estos métodos es satisfactorio con un diámetro conjugado de 87 milímetros y medio ó más, y en cambio la operación cesárea es el procedimiento preferible en las mujeres con diámetro conjugado de 75 milímetros ó menos.

Adenoma del labio mayor.—El Dr. *Williamson* refirió el caso de una mujer que padecía adenoma de uno de los grandes labios. El tumor, diagnosticado de epitelioma, lo extirpó el Dr. Chapneys, en 1903, sin que desde entonces haya habido recidiva. Es probable que estos tumores se desarrollen en las glándulas sudoríparas.

El Dr. *Hebert Spencer* no cree que estas neoplasias son raras. Ha observado dos casos. Su origen es dudoso. El Dr. Lawrence cree que proceden probablemente de las glándulas sebáceas en los sitios en que tienen una estructura marcadamente lobulillar, y los tubillos tienen una disposición arracimada tan típica que no cabe la menor duda de que proceden de glándulas tubulares.

El Dr. *Williamson* manifestó que los tumores de que habla el Dr. Spencer son adenomas sebáceos y pertenecen á una clase completamente distinta del que ha descrito.

(*Se suspende las sesiones hasta el mes de octubre*).

(*The British med. Journal*).—F. Toledo.

SOCIEDAD ALEMANA DE CIRUGÍA

Reunión XXXV celebrada en Berlín del 4 al 7 de Abril de 1906.

(Conclusión)

Anestesia especial con la escopolamina en las laparatomías.—El Dr. *Krönig* (de Friburgo), dice que con el solo hecho de ser sujetados y de hacerse cargo de las órdenes que reciben los ayudantes y enfermeros, experimentan los pacientes un *shock* psíquico, sin necesidad de que se les haya sometido á la anestesia general, bastando tan sólo con la anestesia de Bier, practicada con inyecciones en el conducto vertebral. De aquí resulta que este último procedimiento, por muy beneficioso que sea, no deja de ser inhumano. Para evitar este inconveniente, emplea el autor una combinación de la anestesia especial con el sueño incompleto que producen las dosis pequeñas de escopolamina. Con tal combinación, los pacientes perciben vagamente lo que ocurre durante la operación, pero lo olvidan por completo cuando despiertan de su estado semi-inconsciente.

Se hace dormir al paciente dos horas antes del momento en que se ha de practicar la laparatomía. Como quiera que las impresiones sensoriales, muy vivas, sobre todo las visuales, pueden perturbar el estado de modorra en que se halla el sujeto, se aconseja emplear gafas negras para excluir dichas impresiones; también se deben evitar, en lo posible, las impresiones acústicas intensas.

El autor ha hecho 60 laparatomías con este procedimiento, cuyas ventajas consisten en que las enfermas permanecen muy tranquilas y después no se acuerdan de nada de lo ocurrido. Para evitar que se formen trombos, conviene que las enfermas se levanten lo más pronto posible, al segundo, y todo lo más tarde al sexto día después de la operación. No es raro que se presenten dolores de cabeza de seis á ocho días después de la operación, pero desaparecen por completo pocos días después. En cambio, no se alivian con los antineurálgicos.

El Dr. *Kader* (de Cracovia), dice haber empleado la analgesia espinal para practicar la extirpación de bocios y de cánceres de la laringe. Emplea siempre una inyección de tropacocaína al 2 por 100 é inyecta media hora antes un poco de morfina (1 á 2 centígramos). Hace la punción por debajo de la primera vértebra lumbar ó de la décimasegunda dorsal; la dosis de tropacocaína es de 12 centígramos. A los diez minutos se puede empezar á operar. El autor no ha tenido que lamentar ningún fracaso ni ha observado ningún síntoma desagradable.

Investigaciones bacteriológicas acerca de la asepsia quirúrgica.—El doctor *Doederlein* (de Tubinga), dice que es imposible conseguir una asepsia completa; que en las heridas existen bacterias desde el primer momento, y que los guantes de tricot que aconseja Mikulicz se ensucian al poco tiempo con bacterias, las cuales provienen, parte de la herida y parte de la piel de las manos. El hecho de que, aun así, se curan las heridas por primera intención, demuestra que dichas bacterias ya no son patógenas. Los cirujanos, no satisfechos con la antisepsia y con las tentativas de asepsia hechas has-

ta el día de hoy, se han decidido por el uso de guantes de goma y de paños también de goma para cubrir las partes blandas limítrofes al campo de la operación. El autor ha realizado investigaciones referentes á este extremo en cien laparatomías, y ha visto que la protección que se consigue con dicho procedimiento contra las bacterias que se encuentran desde el primer momento en las heridas, es próximamente la misma que se logra cuando no se emplea la goma en las operaciones asépticas. Aunque se han reducido en lo posible las condiciones de infección, no por eso llegamos á hacernos dueños del origen principal de la infección de las heridas, ó sea la piel del mismo campo de la operación. Ahora bien; como no hay ningún medio que logre librar á dicha piel de los microorganismos que en ella se anidan, debemos de acudir á otros procedimientos si queremos hacer progresos en la desinfección quirúrgica. El autor acabó al fin por adoptar un procedimiento que hace inofensivos los gérmenes, confinándolos en la misma piel. En efecto, barniza ésta con tintura de yodo, que, como es sabido, constituye un buen desinfectante, el cual curte además. Encima aplica una disolución aséptica de goma. Ensayos de cultivo han demostrado que con este procedimiento se consigue que la piel quede completamente libre de gérmenes.

El Dr. *Bruhn* (de Tubinga) ha hecho experimentos paralelos y ha visto que existen diferencias muy notables entre los distintos campos operatorios. Así, en la operación de bocio, se tropieza con muy pocos gérmenes, por cuya razón en este caso no hacen falta medidas especiales de precaución; en cambio, en las operaciones de cáncer de la mama la cantidad de gérmenes que se encuentra es muy considerable. El autor ha comprobado en 60 casos que las medidas que se vienen aconsejando hasta la fecha, incluso la de desinfectar las manos, no son capaces de hacer desaparecer los gérmenes del campo operatorio, y que, en cambio, el procedimiento de fijación de los gérmenes que aconseja Döderlein da muy buenos resultados.

El Dr. *Heusner* (de Barmen) ha empleado la bencina yodada para la desinfección de la piel, y dice estar muy satisfecho con este procedimiento, que representa un gran progreso. No es acertado lavar la piel con agua y alcohol, puesto que se observa que cuanto más se lava el tegumento tantos más gérmenes salen de él. Por esta razón el autor emplea tan sólo la bencina yodada y no usa para nada el agua. Como la bencina quita demasiado bien la grasa, y, por lo tanto, no siempre se debe usar, porque la grasa es nuestra defensa natural, hay que añadirle un poco de aceite de parafina.

El Dr. *Dé Oettingen* (de Steglitz, Berlín) hace notar que como en campaña y en el hospital de sangre no se puede lavar ni desinfectar la piel, se ha decidido por barnizar las inmediaciones de la herida con una disolución de resina, dejando colocada encima una torunda de algodón. Este apósito tiene la ventaja de que no se desliza. Se disuelven 20 gramos de almáciga en 50 de cloroformo y se añaden 20 gotas de aceite de linaza.

El Dr. *Heusner* (de Barmen) dice que en vez de dicho líquido conviene más una disolución alcohólica de trementina de Venecia.

El Dr. *Herhold* (de Altona) hace observar que el primer apósito se complica con el procedimiento de Oettingen, siendo así que debe ser, por el contrario, muy sencillo.

Lesiones traumáticas del corazón; sutura del corazón. — El Dr. *Sultan* (de Leipsick) refiere haber tratado dos lesiones traumáticas del corazón por medio de sutura. Un paciente puede presentarlo ya curado; el otro, en cambio, falleció de complicaciones. En el primero, que fué tratado por el autor á mediados de enero, se encontró entonces una herida punzante á la izquierda y por encima de la tercera costilla. No existía ningún síntoma de lesión traumática intratorácica: el estado general era bueno, y el paciente ya se había restablecido del desmayo que había sufrido en los primeros momentos. Al día siguiente se encontró un hemopneumotórax, el pulso era bueno y los sonidos cardíacos se oían puros. Al quinto día del accidente el sujeto se aplanó de pronto, el pulso se hizo imperceptible y la macicez cardíaca excedía 2 centímetros del borde derecho del esternón. En el acto se practicó una incisión longitudinal por encima de la tercera costilla, se puso al descubierto la pleura y se resecó la tercera costilla, viéndose entonces que había una herida punzante en el cuadrante superior izquierdo del pericardio. Con las costillas cuarta y quinta se formó un colgajo que se invirtió; el pericardio apareció muy distendido por un hematoma, y apenas se percibía el latido cardíaco. Se ensanchó el ojal que había en el pericardio hasta darle una longitud de 10 centímetros, se extrajeron de él unos 300 gramos de sangre, y se vió entonces que en el ventrículo izquierdo había una herida de unos 7 milímetros, por la que salía sangre. Se practicó la sutura, pero habiendo cortado los hilos la pared cardíaca fué necesario repetirla, cuidando de hacer pasar los hilos á bastante más distancia de los bordes de la herida. Con esto se cohibió la hemorragia, se cosió el pericardio y se introdujo un tubo pequeño de desagüe que se hizo salir al exterior. A los seis días de haber quitado este tubo el paciente estaba completamente curado.

En el segundo caso se trataba de un hombre de veintiocho años, quien, con ánimo de suicidarse, se infirió dos heridas punzantes por debajo del pezón izquierdo. Había un considerable hematórax y un colapso profundo. El autor talló un colgajo torácico con resección de las costillas quinta, sexta y séptima, y se encontró en el pericardio una herida; dilatada ésta, se halló una herida punzante en el ventrículo izquierdo. Sutura; á las cuarenta y ocho horas muerte, en medio de un colapso profundo. El paciente sucumbió probablemente de hemorragia procedente de la arteria mamaria interna.

Cirugía del corazón. — El Dr. *Wendel* (de Marburgo) refiere haber cosido una herida punzante del corazón, en el campo y á la luz de una linterna. Un gañán de diecinueve años se cayó sobre un cuchillo. El médico encontró una herida, que daba mucha sangre, en el cuarto espacio intercostal izquierdo; la comprimió, y con esto el paciente, que estaba desmayado, recobró el conocimiento. A las tres horas llegó el orador, en automóvil, acompañado de un enfermero, y vió que el herido todavía conservaba su conocimiento. Los sonidos cardíacos eran apenas perceptibles, enmascarados como estaban por un ruído de molino muy intenso; se trataba, por lo tanto, de una lesión traumática del corazón. Dilatada la herida cutánea y formado é invertido un colgajo torácico, previa resección de las costillas cuarta y quinta, se dilató también la herida del pericardio que apareció

entonces al descubierto, viéndose así una herida punzante en el ventrículo izquierdo. Entonces procedió el autor, con su mano enguantada, á sacar algo afuera el corazón, y colocó una sutura de catgut, operación que se realizó con mucha facilidad. Después de anudado el primer hilo cesó la hemorragia. Hecho esto, se cerró el pericardio, se colocó un tapón poco apretado que salía en parte al exterior y se atendió debidamente á la herida operatoria superficial. A los tres días trajeron el enfermo á la clínica; en el curso ulterior no hubo el menor contratiempo, y á las cuatro semanas pudo el paciente abandonar el lecho.

Heridas del corazón por arma de fuego. — El Dr. *Göbell* (de Kiel) dice que la mayor parte de las heridas del corazón, por arma de fuego, que se observan en tiempo de paz, reconocen por causa una tentativa de suicidio y son producidas por un revólver de calibre de 5 á 8 mm., de tal suerte que la bala queda algunas veces alojada en el mismo corazón, como puede demostrarse por medio del examen radiográfico. Otros balazos ni siquiera atraviesan el pericardio, limitándose á hacer penetrar éste en el corazón; por fin, hay casos en que si bien la bala ha atravesado el pericardio, ha rebotado en el corazón á causa de estar éste muy duro en el momento del sístole.

Acerca del pronóstico de estas heridas no están conformes los autores. Según una estadística francesa, de 110 heridas de corazón por arma de fuego no curaron más que tres; en cambio König refiere que de nueve casos de esta naturaleza no sucumbieron más que la tercera parte. Además de esto, el diagnóstico es difícil. Aunque el balazo haya interesado la región precordial no siempre afecta al corazón; dada la actitud en que se coloca el cuerpo al hacer el disparo, puede suceder que el corazón se haya desviado á la derecha. El ruído de molino se observa también en los casos de hemopneumotórax y por lo tanto no es característico de la lesión traumática del corazón.

El tratamiento debe de ser siempre conservador, al principio. Si hay colapso, púncese el pneumotórax, porque el colapso puede ser debido á éste. Si la punción es ineficaz, la indicación vital exige la operación.

El orador presenta un hombre al que operó el 23 de junio de 1905, á causa de una herida cardíaca por arma de fuego; la bala había entrado por el ventrículo izquierdo y había salido por tres centímetros más atrás. Curación completa después de haber suturado la herida del corazón.

El Dr. *De Brackel* (de Libau) refiere un caso de lesión traumática del pericardio y del corazón, producida por un casco de granada que había chocado con el esternón á nivel del cuarto espacio intercostal. El paciente llegó al lazareto á los diez días de ocurrido el accidente. La macicez cardíaca estaba muy ensanchada, sobre todo á la derecha; el pulso casi no se percibía y los sonidos del corazón no se oían. Se procedió á la operación en el acto. El autor hizo la incisión de Kocher á lo largo del orificio de entrada, resecando el lado izquierdo del esternón. Se puso al descubierto el pericardio; la lesión de éste se había cerrado por conglutinación y se abrió de nuevo, con lo cual se dió salida al contenido, que ya estaba descompuesto. En el pericardio se encontraron el casco de granada, trozos de tela que éste había arrastrado y la porción de esternón que había recibido el choque; en

el cono del corazón estaba desgarrada la capa muscular. El pulso mejoró inmediatamente, la temperatura bajó y el paciente se repuso con bastante rapidez. Cuando dejó la cama se comprobó la existencia de una pulmonía del lado derecho y de una pleuresía seca simultánea, afecciones que sobrevinieron á los quince días de la operación y siguieron una marcha favorable.

El Dr. *De Zawadski* (de Varsovia) refiere el caso de un hombre de diecinueve años, que se disparó un tiro de revólver en el cuarto espacio intercostal. Cuando le vió el autor, al poco tiempo del accidente, el pulso era regular; después de colocado el vendaje fué llevado el paciente al hospital. La radioscopia, practicada tan pronto como llegó, reveló la existencia de una sombra en la región cardíaca; no había ningún derrame sanguíneo en el pericardio. Con un tratamiento conservador se restableció muy bien el paciente. Un nuevo examen radiográfico, hecho á los catorce días, dió á conocer la existencia de dos proyectiles sobrepuestos en la región cardíaca. Se trata seguramente de un solo proyectil que se ha partido en dos trozos.

El Dr. *Borchardt* (de Berlín) dice haber suturado con éxito una herida penetrante del ventrículo izquierdo, que se había inferido un muchacho al caerse sobre la punta de una verja.

El Dr. *Jaffé* (de Posen) hace observar que mientras se está practicando una sutura del corazón, sobreviene á menudo una copiosa hemorragia y la víscera cesa de latir. Para evitar esta detención, que reconoce por causa la vacuidad del órgano, ha inyectado el autor grandes cantidades de disolución fisiológica de sal común en el interior del corazón, con lo cual éste comienza á latir de nuevo.

Estudios experimentales sobre la capacidad de la pleura para ser infectada.—El Dr. *Noetzel* (de Francfort sobre el Mein) recuerda que hasta la fecha se viene creyendo que la pleura posee poca capacidad de resistencia contra la infección. Para comprobar este dato ha hecho el autor experimentos en animales, inyectando en su cavidad pleural estafilococos muy virulentos. Ahora bien, con tales inyecciones no se produjo una pleuresía purulenta, pero sobrevino, en cambio, cuando se había ocasionado previamente un neumotórax. Según esto, la pleura tiene tanta capacidad de resistencia contra la infección como el peritoneo.

Operación de los cánceres rectales altos.—El Dr. *Kraske* dice que los métodos combinados son los únicos que han permitido alcanzar mejores resultados en la extirpación de los cánceres rectales altos, en los que no basta el método sacro, que no consigue extirpar los glanglios. Ya Volkmann había hablado de este método combinado, pero sólo se empezó á emplear últimamente, aunque más bien como último recurso en casos desesperados, por lo cual no es extraño que en tales casos hubiese dado malos resultados. Pero cuando se convirtió en método reglado se comprendió la conveniencia de empezar por la laparotomía, que facilita la extirpación del cáncer, el operar sin ensuciarse las manos y el poder diagnosticar la extensión del tumor, hasta qué punto ha invadido los ganglios, y por lo tanto, si la operación es ó no posible. En este último caso renunciamos á la vía sacra y nos limitamos á establecer un ano preternatural.

La incisión abdominal debe permitirnos una buena inspección de la pelvis menor. El enfermo se colocará con la pelvis elevada, y el corte se hará en la línea media, como para el ano preternatural ó combinando ambas incisiones. El resto de la operación variará según los casos. En Francia se empieza estableciendo un ano ilíaco y extirpándolo todo á partir del esfínter. Este método, que tiene la ventaja de que simplifica las curas de la herida, no se sigue en Alemania, y con razón, puesto que la continencia y la conservación de la función intestinal se conservan mejor con el método combinado que con el sacro.

La resección del recto la aconseja, sobre todo, Trendelenburg. Desde la cavidad abdominal se hace movible la porción enferma, se llega á la ampolla y se amputa. Por desgracia, hay muchos casos en que es imposible emplear este procedimiento, á causa del tamaño del tumor y de los ganglios interesados. En estos casos, después de la laparotomía hay que emplear también el método sacro, combinación que ha puesto en práctica el autor muchas veces desde el año 1899; pero así como al principio movilizaba el tumor sin abrir el intestino, resulta más fácil la operación cuando, después de abrir la cavidad abdominal, se secciona el intestino por encima del tumor empleando el termocauterio. Del extremo superior del intestino se encargan los ayudantes; el inferior se invagina y cose. De este modo se puede disecar el tumor con mucha más facilidad por la vía sacra. Se ligan los vasos hemorroidales, y con esto la operación resulta poco cruenta. Se pueden ligar además las hipogástricas, con lo cual se alarga algo la operación. Además debe evitarse esta última ligadura, si se conserva la porción inferior del intestino. Después de movilizado el tumor, se coloca el paciente en decúbito lateral y se traza la incisión sacra. Hecho esto se extirpa el tumor desde el vientre. La operación es más fácil en la mujer que en el hombre. Después de la resección se practica la sutura sacra y se coloca el apósito. La operación la han hecho también Sonnenburg, Kümmell, Rotter y otros.

Por ahora no se puede hablar nada del resultado definitivo ni tampoco del inmediato, porque es poco numerosa la estadística. Sin embargo, de 65 casos recopilados por Schloffer, sobrevino la muerte en 33. El autor ha empleado el método combinado en diez casos con cuatro muertes, resultado no muy favorable, pero no hay que olvidar que precisamente se trata de casos gravísimos, que de otro modo estaban abocados á una muerte próxima. Dos de los fallecimientos fueron por colapso, debido sin duda á la larga duración de la operación; es de creer que, perfeccionándose la técnica y también la práctica del cirujano, se evitará mejor tal peligro. En efecto, la mayor parte de los casos mortales del autor pertenecen á la primera época; también convendrá abreviar la anestesia, y acaso se pueda pasar sin la anestesia general. Un enfermo falleció de oclusión intestinal por dislocación del omento con torsión del colon. Para evitar esta contingencia, el autor fija ahora el omento después de hecha la operación.

En el sexo femenino la intervención es menos peligrosa. De los diez casos del autor, tres eran mujeres y ninguna falleció. Según Schloffer, de trece hombres, murieron ocho, y de diez mujeres, nada más que una. Esta diferencia se explica por la mayor resistencia orgánica de la mujer y por las mejores condiciones locales que presenta su pelvis.

El autor termina aconsejando que se emplee más á menudo el método combinado abdominosacro y que no se lo reserve para los casos más difíciles, y como último recurso bajo la forma de método sacro-abdominal. Procediendo así, obtendremos mejores resultados y llegaremos seguramente á aumentar la cifra de las curaciones definitivas, y cuando se haya perfeccionado más la técnica, á disminuir la mortalidad.

El Dr. *Kümmell* (de Hamburgo) dice que el método operatorio tiene que variar, porque los casos son también muy diferentes. En los casos leves en que son movibles el carcinoma y sobre todo el mesorrecto, se aconseja distender el esfínter, sacar á través de él el tumor y extirpar después éste. El autor operó así en seis casos, todos con éxito; uno de ellos vive aún á los once años de haber sido operado. Si el tumor penetra mucho en la excavación rectal hay que atacarle por abajo y resecar el coxis. Si el tumor está alto hay que hacer la laparotomía y ligar el mesenterio. La operación es más fácil en la mujer y muy difícil en el hombre obeso. El desprendimiento del mesenterio debe llegar hasta el colon transverso. Después de dicho desprendimiento, que es fácil, podemos seguir dos caminos: ó el de la invaginación, aplicable en pocos casos, cuando el tumor es pequeño, pero irrealizable cuando es grande, por el trastorno de circulación que determina, ó bien en estos últimos casos la extirpación previa, talla lateral é incisión pararrectal. De catorce casos operados así perdió el autor nueve, y es de esperar que, perfeccionando el método, se habrán de obtener mejores resultados.

El Dr. *Kocher* (de Berna) opina que aunque el método combinado representa un progreso, no es fácil que sea aplicable á los casos muy graves en que expone á un *shock* muy acentuado. También él lo ha empleado por excepción y como método normal cuando el carcinoma radica en el colon pelviano. No hay que olvidar que por la vía inferior se puede llegar muy arriba. La laparotomía es muy ventajosa cuando se respeta el esfínter. Si el tumor se halla en territorio peritoneal se debe no tocar el esfínter y operar desde arriba con el botón de Murphy.

El Dr. *Lorenz* (de Viena), en nombre de Hochenegg, manifiesta que el método sería un gran progreso si el carcinoma del recto no se pudiera alcanzar por el sacro, y si los peligros fueran menores, la intervención más fácil y los resultados definitivos mejores, cosa esta última que no sucede. Hochenegg ha empleado el método combinado cinco veces con tres fallecimientos, pero la laparotomía se practicó como último recurso por no poderse cohibir la hemorragia por la vía posterior. Según lo que refiere el mismo Kraske, los resultados no son mejores que con el método sacro, por lo cual Hochenegg continúa fiel á este último. Sólo estaría indicado el método abdominal en el cáncer incipiente, que en realidad puede diagnosticarse con los rayos X. Pero el cáncer del recto permanece latente por mucho tiempo y de aquí que sea llamado el médico cuando el tumor ya es muy voluminoso. Si los primeros síntomas que preocupan al enfermo son los de estrechez, entonces el cáncer está muy bajo y puede atacarse por detrás.

El Dr. *Poppert* (de Giessen) compara la resección y la amputación del recto canceroso. Después de la resección, los resultados son muy desfavorables y, por lo tanto, debe sacrificarse el esfínter, á pesar de todos los inconvenientes de esta extirpación. Kraske adopta una actitud del todo contra-

ria, y los hechos observados en la clínica de Giessen le dan razón, puesto que para tres casos de muerte, en 35 amputaciones no hubo más que una en 20 resecciones.

Se dice que con estas últimas fracasa casi siempre la unión de los extremos del intestino; de 20 resecciones, sólo en 10 se logró la curación por primera intención, y en cuatro quedaron fistulitas. Según Hochenegg, el resultado de la sutura intestinal es bueno, pero Gersuny no es tan optimista. Parece, en vista de todo lo dicho, que es preferible la resección á la amputación.

El Dr. *Hackenbruch* (de Wiesbaden) se declara partidario de la operación del cáncer rectal con analgesia espinal, según el procedimiento de Bier, que él ha empleado en varios casos.

El Dr. *Leopoldo Mayer* (de Bruselas) hace notar que el peligro principal de la operación es su larga duración, que expone al colapso. Depage hace la resección del coxis por el procedimiento de Bardenheuer, para lo cual apenas se necesita media hora. El enfermo se coloca en decúbito prono; de este modo se inspecciona mejor el campo operatorio, la hemorragia es menor y la anestesia se obtiene en buenas condiciones.

El Dr. *Küster* (de Marburgo) cree que el procedimiento combinado no da buen resultado y que es mejor operar en dos tiempos, como él lo ha hecho en un caso con éxito feliz. Se abre ámpliamente el vientre para ver bien lo que se hace; si el tumor no se puede extirpar por arriba, se establece un ano preternatural y en los dos días siguientes se lava el intestino. Procediendo así, resulta muy fácil la extirpación por la vía sacra, que el autor ejecuta con anestesia lumbar. En general, siempre que sea posible debe hacerse la resección, pero hay casos en que se hace necesaria la amputación; tal sucede cuando el intestino se puede atraer fácilmente hacia abajo. Aun así, no debe destruirse por completo el esfínter, excepto en aquellos casos en que está invadido por el proceso canceroso.

El Dr. *Bardenheuer* (de Bochum), para defender su método, trata del desprendimiento, con instrumento romo, de la porción cancerosa. Con el método abdominal ha tenido malos resultados en dos casos. Se pueden quitar 40 y hasta 50 centímetros de intestino, sin que esto afecte al éxito final. La indicación vital es de suma importancia para la ejecución de la operación. Al autor le ha dado buen resultado la amputación, comprendiendo en ella el esfínter. Hace la operación en un cuarto de hora próximamente, y como nunca ha necesitado más de media hora, se evita así el colapso. Se debe movilizar hasta el colon descendente. Si el tumor no es movible, no se debe operar; si lo es, se debe operar por abajo.

El Dr. *Brau* (de Gottinga) dice haberse servido del botón de Murphy para la operación del carcinoma del colon pelviano, pero no puede aconsejarse dicho botón para todos los casos, puesto que junto á él se endurecen las heces fecales. Es conveniente, por lo tanto, hacer una incisión lateral temporal, por la que se lava el intestino. El botón sale con facilidad.

El Dr. *Schlange* (de Hannover) entiende que son muy raros los casos en que no se puede extirpar el cáncer por la vía abdominal ó por la sacra. Conviene mucho establecer provisionalmente un ano preternatural por encima del tumor, unos diez á catorce días antes de proceder á la extirpa-

ción de éste. Con este sistema la operación es más limpia; el cáncer, que estaba inmovilizado por consecuencia de la estancación, se hace más movible, se puede atraer mejor hacia abajo y se convierte, de inoperable que era en algunos casos, en operable. Después de la extirpación hace el autor la sutura intestinal circular, y á las tres ó cuatro semanas cierra el ano preternatural.

El Dr. *Jaffé* (de Posen) hace notar la gran importancia que tiene conservar el extremo inferior del recto cuando el cáncer está alto. Sin embargo, entre sus 30 casos ha observado tres de metastasis en la porción inferior del recto que aparecieron al cabo de semanas ó de meses, metastasis que acaso reconozcan por origen las maniobras de exploración.

El Dr. *König* (de Jena) se muestra muy sorprendido de la rapidez con que Bardenheuer extirpa el cáncer del recto, puesto que él, en casos de adherencias, ha necesitado hasta hora y media. No ha empleado la sutura intestinal circular. Es el primer autor que hace años ha empezado á utilizar el método abdominosacro. En la sífilis rectal es la única operación practicable para evitar una fístula procedente de arriba.

El Dr. Bardenheuer contesta que él ha terminado la operación en un cuarto de hora en presencia de König, y que también la ha hecho en presencia de otros cirujanos, tales como Depage.

El Dr. *Korte* (de Berlín) dice que cada cual hace la operación en el tiempo que puede. La extirpación del cáncer rectal alto es de las operaciones más difíciles. Se puede emplear seguramente el método abdominosacro, pero exponiendo al enfermo á los peligros del colapso y de la gangrena. Por otra parte, la muerte puede sobrevenir con cualquier procedimiento.

El Dr. *Kraske* (de Friburgo) dice que de la discusión resulta que hay casos en que tampoco sirve el método abdominosacro, cuyo porvenir nos lo dará á conocer la experiencia. Kocher y Lorenz se demuestran muy hostiles. El primero opera por una ó por otra vía, lo cual es acertado cuando son practicables; á ser posible, se elegirá la abdominal. La adición de la incisión rectal se ha recomendado para aquellos casos en que no hay que hacer otra cosa; con ella no se afecta la función del esfínter. Según Lorenz, el método combinado sólo se presta para los carcinomas incipientes, pero entonces no lo necesitamos. Schlange defiende la celiotomía preliminar, que ya había recomendado Schede. Pero en general el procedimiento no ha satisfecho las aspiraciones de sus preconizadores; el curso de la herida viene á ser casi el mismo que cuando no se ha hecho dicha operación previa, y la desaparición ulterior del ano preternatural no es tan fácil como pudiera creerse.

Reacción hemolítica del suero sanguíneo en los cancerosos. — El Dr. Kelling (de Dresde): Si se inyecta á un animal albúmina de un embrión de otro, el suero sanguíneo del primero adquiere la propiedad de disolver los glóbulos rojos de las especies de donde proviene la sangre inyectada. Este dato bioquímico lo utiliza el autor en apoyo de su teoría del cáncer. La reacción se funda en el hecho de que los glóbulos de algunos vertebrados, y en especial de la gallina, son disueltos con más energía y rapidez por la sangre de los cancerosos que por la de sujetos sanos ó afectos de otra enfermedad, y son

también disueltos con más rapidez y energía que los glóbulos rojos de los demás vertebrados. Se ha visto también que esta reacción guarda paralelismo con la de la precipitina, y que por medio de ella se pueden diagnosticar en determinadas condiciones tumores cancerosos no apreciables por la palpación. La capacidad hemolítica específica es constante en cada sujeto canceroso, y las metastasis reaccionan lo mismo que el tumor primitivo. La extirpación del tumor hace desaparecer la reacción; ésta á su vez es independiente de la forma de las células del tumor. La reacción se puede obtener también inyectando masas neoplásicas en el cuerpo del animal, pudiendo distinguirse en este concepto dos grupos de tumores: unos que reaccionan á los glóbulos rojos de los vertebrados, y cuya causa atribuye el autor también á células embrionarias de vertebrados, y otros que no reaccionan y cuya causa busca el autor en células de invertebrados. El autor propone ensayar esta reacción antes de operar enfermos afectados de tumores y obtener una estadística de reacciones bioquímicas, según los órganos y según las formas tumorales, para adquirir datos de este modo acerca de las causas del desarrollo de los tumores.

Implantación de la glándula tiroides en el bazo. — El Dr. *Payr* (de Graz) ha empezado hace tres años á ensayar la implantación de la glándula tiroides en el bazo de perros, gatos y conejos. Empezó implantando tan sólo un lóbulo, el cual se vió que se encontraba en buenas condiciones de nutrición en su nuevo alojamiento. A las cuatro semanas implantó el segundo lóbulo. De esta segunda serie una parte de los animales se murieron, pero los supervivientes no presentaron ningún síntoma patológico y en especial nada de tetania. A los nueve meses se les extirpó el bazo, observándose que ya á las doce horas había sobrevenido la tetania. La hemorragia ocasionada al abrir el alojamiento en el bazo se cohibía con la misma implantación de cuerpo tiroides; después se cosía la herida esplénica y se fijaba sobre ella el omento para evitar la hemorragia secundaria. La glándula tiroides se fundía de un modo tan íntimo con el bazo que sólo quedaba un poco de tejido conjuntivo. El bocio del perro se hace siete veces más pequeño después de la implantación de trozos de la glándula tiroides.

En un caso adecuado se decidió el autor á repetir el experimento en la especie humana. Se trataba de un niño de seis años con un mixœdema muy pronunciado, el cual venía siendo tratado, hacía tres años y medio, con preparaciones de glándula tiroides, y sin ningún resultado. La madre cedió con este objeto un trozo de su glándula tiroides que tenía una porción piramidal muy larga. Previa laparotomía fué implantado dicho trozo en el bazo del niño y en la forma antes descrita. La operación se terminó en doce minutos y la curación ulterior se verificó sin contratiempo, por más que la de la herida abdominal se retrasó algo por haberse humedecido sus bordes. Este niño, que fué operado el 12 de diciembre último, ha mejorado notablemente: empieza ahora á andar, toma parte en los hechos que le rodean, los rasgos de su semblante ya revelan cierto grado de inteligencia, y come solo, cosa que antes no podía hacer. La técnica del ingerto de la glándula tiroides en el bazo es muy difícil y se trata de una operación no exenta de peligros, pero justificada seguramente en aquellos casos desesperados en que los demás métodos no han dado resultado.

El Dr. *Kocher* (de Berna) cree que no hay necesidad de hacer una operación tan peligrosa, puesto que él ha obtenido buenos resultados implantando trozos de cuerpo tiroides entre el peritoneo y la pared del vientre en casos en que no había dado tan buen resultado la administración al interior de dicha substancia. También se han hecho inyecciones intravenosas, pero generalmente con resultado funesto. En vez de ingertar grandes porciones de cuerpo tiroides se pueden ir inyectando trozos pequeños debajo de la piel, poco á poco y en diversos puntos, según lo propone Christiani.

El Dr. *Payr* (de Graz) contesta que el ingerto de pequeñas porciones de glándula en la piel, que ha aconsejado Ribbert, tiene el inconveniente, demostrado por Lubarsch, de que la degeneración ocasionada en dichos trozos por el traumatismo es muy grande comparada con la sección transversal de dichos trozos.

Tratamiento de las fracturas articulares.—El Dr. *Bardenheuer* (de Colonia) dice que en los casos de fracturas del extremo superior del húmero es necesaria la extensión para evitar una producción excesiva de callo, la cual impide mucho la movilidad de la articulación. También es muy eficaz en los casos de artritis. En los casos de fracturas articulares del húmero la extensión se hace hacia arriba; para evitar la rigidez articular, aconseja el autor movimientos precoces.

Tratamiento de la fractura típica del radio. — El Dr. *Lexer* (de Königsberg) recomienda en este caso reducir la fractura, extensión en el pulgar, colocación de la mano en flexión, pronación y abducción cubital, y aplicación de una venda de franela en forma de hélice, de modo que el sitio de la fractura quede accesible para el masaje. La curación se obtiene próximamente al cabo de una semana.

Destino ulterior del alambre de plata en la sutura de la rótula. — El doctor *Brunn* (de Tubinga) dice haber examinado 12 casos de fractura de la rótula en que se había empleado alambre de plata, y que habían sido tratados en estos últimos diez años. Sólo en un caso había unión, ó sea sin que la sutura hubiese cortado los tejidos. En otro los había cortado ó el alambre se había roto; en un tercio de los casos habían penetrado porciones de alambre en la articulación sin haber ocasionado generalmente ningún trastorno funcional en ella; sólo en un caso, con gran separación de los fragmentos consecutiva á la rotura del alambre, provocaron los trozos de éste dolores en el seno articular; en otros dos sólo había menor capacidad de extender el miembro. En realidad, no es que se rompa el alambre espontáneamente; se rompe por las muchas inflexiones á que está expuesto. Por lo tanto, en estas fracturas debe desecharse el alambre de plata y emplear en en su lugar la seda, como ya lo propuso Thiem en el Congreso anterior.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 25 de Mayo de 1906.

Rotura del tendón del cuadriceps.—El Dr. *Pablo Albrecht* presenta un hombre de cuarenta y nueve años, que el 5 de febrero del año pasado sufrió la rotura de los tendones de los dos cuadriceps, por encima del borde superior de la rótula. El 8 de febrero se practicó la sutura al descubierto de dichos tendones, viéndose entonces que también se había rasgado en ambos lados la cápsula de la articulación hacia adentro y hacia afuera en algunos centímetros, y que también se había abierto la bolsa suprarrotuliana. En el lado izquierdo se vió claramente que el borde estrecho del tendón, que había quedado junto al borde de la rótula, estaba invertido hacia adentro, ó sea hacia la cavidad articular. Al día siguiente de la operación se empezó con la faradización de ambas extremidades; una semana después, con masaje suave y hecho con mucha precaución, y en la cuarta semana siguiente á la operación, se comenzó con los primeros ensayos de ambulación. Hoy se ejecuta la extensión de ambas piernas de un modo completamente normal.

Astasia en forma de ataque. — El Dr. *Sigmundo Erben* presenta un individuo que generalmente puede estar de pié y andar desembarazadamente y con seguridad; pero tan pronto como se excita no puede estar en pié y empieza á temblar y á bailar. La estancia en pié es interrumpida por movimientos de baile (clonismo); al cabo de un cuarto á medio minuto ya se puede tener en pié; con sus piernas rígidas da unos cuantos pasos cortos hacia adelante para no caer. Nuestro enfermo no presenta ningún esfuerzo automático de balanceo; lo que hace es dar pasitos en la dirección en que amenaza caerse. Se trata, por lo tanto, de un cuadro patológico constituído por dos factores: los espasmos temblorosos en forma de ataques, y la incapacidad de mantener entonces el equilibrio perdido en la forma habitual. Estos dos factores constituyen el síndrome llamado astasia, que describió por primera vez Blocq hace veinte años.

Presentación de un mono con sífilis generalizada.—Los Dres. *Rodolfo Kraus* y *Ricardo Volk* presentan un macaco (macacus rhesus) que sufrió la inoculación sifilítica, por escarificación en la ceja derecha, el 27 de marzo. A los veinte días se desarrolló una lesión primitiva, cuyos restos se ven aún hoy en día. El 19 de abril, cuando ya se había desarrollado de un modo típico la lesión primitiva, fué reinoculado este mono con su propio virus, habiéndose desarrollado á los catorce días una nueva lesión en el sitio respectivo. El 8 de mayo, ó sea pasados catorce días, no se apreció ninguna nueva manifestación. Hace tres días se encontraron en el brazo derecho y en el labio superior del mismo lado, dos eflorescencias papulosas cubiertas de costras. En el brazo derecho la eflorescencia está cubierta con una costra delgada, quitada la cual aparece á la vista una úlcera superficial, plana y con una capa lardácea. En el labio, la eflorescencia está rodeada de una areola extensa y cubierta por una costra gruesa. Debajo del menton se tocan ganglios del tamaño de guisantes. En la encía del labio inferior izquierdo se ve una ulceración circinada; la lengua aparece cubierta en su punta, en su

parte anterior y en su borde izquierdo por una infiltración blanquecina y chata.

El diagnóstico de sífilis generalizada se funda en este caso exclusivamente en el cuadro clínico. Ulteriores investigaciones precisarán si existen espirocetes y si el examen bacteriológico y nuevos experimentos habrán ó no de proporcionar datos bastante seguros para el diagnóstico clínico.

Cáncer del recto en una embarazada; extirpación; curación. — El doctor *Hans Lorenz* presenta una mujer de cuarenta y dos años, que ingresó en la clínica de Hochenegg á mediados de marzo del año pasado, hallándose en el séptimo mes de su décimo embarazo, y con un cáncer rectal muy alto. El autor extirpó el neoplasma el 31 de marzo, á los diez de haber provocado el parto prematuro, en la clínica de Chrobak. Procedió por la vía dorsal, y como encontró una S ilíaca muy larga y movible, extirpó todo el recto, el colon pelviano que contenía el carcinoma y la porción inferior de la S; en junto unos 30 centímetros de intestino. El resto de la flexura lo hizo pasar por el esfínter, que había sido respetado (método de Hochenegg), y la enferma no sólo se curó sin ningún accidente, sino que de desnutrida que se hallaba, mejoró de un modo sorprendente. Ya hace bastante tiempo que cuando las deposiciones son consistentes las puede retener, el esfínter se contrae con mucha energía cuando se introduce el dedo en el recto, y es de creer, por lo tanto, que poco á poco recobrará la enferma la continencia normal.

Extirpación total del laberinto y operación radical del oído medio. — El doctor *Fernando Alt* presenta una niña de seis años á la que le ha hecho la extirpación radical del oído medio y la extracción completa del laberinto como secuestro óseo.

El secuestro comprende todo el laberinto óseo. La pared del promontorio está perforada, y en la región de las ventanas oval y redonda descubre la sonda tejido de granulación. Los conductos semicirculares superior y posterior aparecen abiertos, y el horizontal falta por completo. El conducto auditivo interno está ocupado por granulaciones. Al día siguiente de la operación la niña estaba sentada en la cama y jugando, y tres días después andaba por la sala, pero con cierta inseguridad, separando las piernas y no pudiendo tenerse sobre un pié ni con los ojos cerrados, aunque se apoya en los dos. No hay vértigo, nistagmus, ni trastornos en los músculos oculares. El secuestro viene á ser una preparación del laberinto, y se ha producido sin duda por la oclusión de la arteria auditiva interna. El nervio facial conserva su conductibilidad á pesar de que pasaba á través del secuestro.

Sin embargo, estaba tan reblandecido en el conducto auditivo interno y al salir del conducto de Falopio, que el autor pudo extraer el secuestro sin ninguna dificultad, y al mismo tiempo dividir el nervio en dos puntos. En la preparación se ve que al salir el tronco nervioso del conducto de Falopio está rodeado de granulaciones. Se comprende que después de la operación tiene que haber quedado una parálisis completa del facial, puesto que falta una porción de este nervio. Para corregir dicha parálisis se propone el autor ingertar el nervio espinal en el tronco del facial pasada una semana.

Embolia cráneica y aérea en una puérpera. — El Dr. *Maximiliano Richter* refiere el caso de una primípara de veintidós años que diez días antes de mo-

rirse había tenido un parto prematuro en el octavo mes. En el puerperio no ocurrió nada de particular, excepto cierto mal olor de los loquios, que con un tratamiento adecuado se hizo desaparecer. Fuera de esto, la mujer, que era de tipo fino y anémico, se encontraba completamente bien, á los diez días del parto; en la tarde del 16 del corriente la enferma estaba sentada en la cama y comiendo. Cuando casi había terminado de comer, se puso pálida, dijo que se sentía mal, y en el mismo momento vomitó y se cayó hacia atrás. La enfermera fué por un vaso de agua, y cuando volvió vió que la paciente hacia algunos gestos con la cara, y en esto se quedó muerta.

Como no se pudo establecer un diagnóstico indudable, se hizo la autopsia, viéndose entonces que estaba abultado el pericardio, y una vez abierto éste se encontraron muy distendidos el ventrículo y la aurícula derechos, tensas sus paredes, timpánico el sonido de percusión de las mismas, y al abrir el ventrículo derecho, debajo del agua salieron numerosas burbujas de aire, algunas de ellas del tamaño de una nuez. La sangre estaba líquida, de color rojo obscuro y no espumosa. La arteria pulmonar y sus ramas estaban ocupadas por coágulos consistentes de color gris rojizo, de superficie mate; el mayor de dichos coágulos tenía 6 centímetros de largo y 1 de grueso.

La autopsia descubrió el origen de la embolia aérea y de la cruórica. La vena espermática derecha estaba distendida por un gas, y también lo estaba en parte el plexo pelviano. Desde un vaso de 2 á 3 milímetros de grueso de la pared del útero, y situado á la derecha de la línea media, se podía penetrar sin ninguna dificultad con la sonda á través de la zona de inserción de la placenta, hasta entrar en la cavidad uterina. La vena espermática izquierda contenía muy poca sangre y ésta no estaba coagulada. En el plexo venoso del lado derecho, que estaba constituído por cordones del grosor de un dedo, se encontraron coágulos de color gris rojizo y muy poco adheridos. El útero estaba muy blando, flácido, poco reducido y en anteflexión muy exagerada. Su percusión daba un sonido vacío, y por el conducto cervical se podía introducir un dedo. Hay que mencionar, además, la particularidad de que esta mujer presentaba la llamada estrechez congénita de las arterias; sus vasos eran de poco calibre, de pared delgada y muy elásticos, y el perímetro de la arteria sólo medía 3 centímetros.

En este caso, el primer accidente fué el desprendimiento de coágulos procedentes de las venas pelvianas, y el arrastre de dichos coágulos hasta la arteria pulmonar, accidentes provocados quizá por el acto del vómito. Al mismo tiempo fué arrastrado el coágulo de la vena uterina antes mencionada, caso de que en ella hubiera un trombus, y entonces, como quiera que al caerse la enferma hacia atrás penetró aire por aspiración en el interior del útero, sobrevino la embolia aérea. También es interesante en este caso la particularidad de que, no obstante estar el corazón muy perturbado en sus funciones por la obstrucción de la arteria pulmonar, aún pudo aspirar aire de la cavidad uterina.

(*Wiener Klinische Rundschau*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Consecuencias mortales de un orzuelo. — Los Dres. N. Nestor y St. Calu, de Bucarest, refieren un caso en el que sobrevino la muerte á consecuencia de un orzuelo. De éste, del plexo venoso retrobulbar del seno cavernoso, que presentaba también trombus, y por último, de varios infartos supurados del pulmón, se pudieron obtener cultivos del estafilococo piógeno dorado.

Se trataba de un niño de diez años, en el que siete días antes de su ingreso en el hospital había aparecido un orzuelo en el párpado superior izquierdo; á los cinco días el ojo estaba sumamente hinchado y doloroso, no se podía abrir y había un quemosis considerable. Sobrevinieron síntomas meningíticos y lesiones en el ojo derecho, análogas á las de su congénere, y á los tres días de esto falleció el enfermo.

(*Spitalul*).—R. DEL VALLE.

El ácido vanádico y su empleo en terapéutica. — Hasta ahora se habían empleado los vanadatos de sosa, de hierro, de litina, etc., pero no el ácido vanádico. Dos químicos distinguidos, los Sres. Witz y Osmond, han demostrado la propiedad singular que tiene el ácido vanádico cuando se encuentra en presencia de una materia orgánica y de un cuerpo oxidante; oxida dicha materia, se apropia en seguida el oxígeno del cuerpo oxidante y le vuelve á ceder á la materia orgánica, repitiéndose estos fenómenos de una manera continua. El ácido vanádico se convierte sucesivamente en hipervanádico é hipovanádico al apropiarse y ceder el oxígeno, ocurriendo así un fenómeno análogo al que, según Beind y Schultz, se produce entre el oxígeno y el arsénico.

El Dr. Laran ha estudiado, en colaboración con Bernard y Pecourt, las propiedades químicas y fisiológicas de las sales de vanadio. Deducen de sus experimentos que estas sales obran únicamente por el ácido vanádico y que además tienen la desventaja de ser inestables, razón por la cual deben ser desechadas. Los experimentos que han practicado con el ácido vanádico en el conejillo de Indias tuberculoso, no pueden ser de resultados más satisfactorios, puesto que dicho ácido contiene de una manera manifiesta la marcha de la tuberculosis por transformación fibrosa de las lesiones.

El Dr. Le Blond, médico del hospital de San Lázaro, de París, ha empleado el ácido vanádico al interior y en uso tópico. Al interior lo ha usado con buen éxito en todos los estados anémicos y caquécticos, sobre todo en la tuberculosis pulmonar, en la que sus resultados son sorprendentes. Administra al día dos cucharadas de una disolución de 15 milígramos de ácido vanádico en un litro de agua. Obra indudablemente en este caso suministrando oxígeno á los elementos del organismo, en particular á las células linfáticas, permitiéndoles luchar en mejores condiciones contra los bacilos y activando el proceso esclerógeno, que es el modo habitual de curación

de los focos tuberculosos poco avanzados. Tópicamente le ha usado en las heridas accidentales ó quirúrgicas, el antrax, las lesiones tuberculosas ó sifilíticas mucocutáneas y en el eczema y úlceras varicosas. Emplea la disolución de 50 centígramos de ácido vanádico por 1.000 de agua, disolución á la que llama oxidasina, que diluye en diez veces su volumen de glicerina, para las lesiones mucosas ó de agua, para las cutáneas. Se aplica varias veces al día sobre la lesión con un pincel ó por medio de compresas. Los resultados han sido bastante satisfactorios.

Este tratamiento ha sido eficacísimo en las vaginitis. Limpia perfectamente la vagina con agua oxiginada y seca con algodón hidrófilo asépticos se tapona con algodón de la misma clase empapado en la disolución acuosa indicada. El taponamiento se repite á las veinticuatro horas, suspendiéndose sólo durante el período menstrual. En la uretritis de la mujer ha obtenido también resultados excelentes con esta medicación. Se emplea por medio de vástagos de cobre rojo de 8 á 16 centímetros de longitud, sujetos á mangos de acero niquelado. Por medio de una lima se forman en la superficie del hilo de cobre algunas asperezas para sujetar el algodón, se le flamea, se le rodea una pequeña cantidad de algodón formando una especie de pincel de la longitud de la uretra, se moja en una disolución de 17 centígramos de ácido vanádico por un litro de glicerina y se introduce por la uretra, imprimiéndole un movimiento de vaiven cuando está ya introducido, extrayéndole después. La enferma debe estar echada y en la posición del reconocimiento vaginal. Este tratamiento debe repetirse una ó dos veces por día. En los intervalos se introduce y deja en la uretra con una pinza de Kocher un tampón cilíndrico de algodón mojado en la disolución referida. El tampón es expulsado al orinar la enferma.

Ha empleado también en las endometritis, sobre todo blenorrágicas, la disolución glicerinada de ácido vanádico á la dosis de 5 centígramos por litro. Colocada la enferma en decúbito dorsal sobre el lecho, desinfectada la vagina con agua oxigenada, dilatado ó no el conducto cervical según sea necesario, y reconocida con el histerómetro la posición del útero y la dirección de su cavidad, se introduce un vástago de alambre flameado y envuelto en algodón aséptico mojado en la disolución referida, imprimiendo al portatópicos movimientos de vaiven en varias direcciones para que el medicamento se ponga en contacto con toda la mucosa uterina. Después se extrae el portatópicos y se introduce en la vagina un tampón mojado en la disolución referida. La operación se practica cada dos días, suspendiéndola durante la época menstrual. En los casos rebeldes se recurre cada ocho días á un toque intra uterino con ácido nítrico.

(*Le Progrès Medical*, 14 julio 1906).—F. Toledo.

Edema angioneurótico de las vías respiratorias superiores. — El edema angioneurótico, afección análoga á la urticaria, no suele tener más que un interés puramente dermatológico, pero cuando radica en las vías respiratorias superiores, puede simular la difteria y hasta provocar síntomas muy graves.

El Dr. T. Halsted ha observado dos de estos casos. El primero se refiere á un joven que de pronto sintió molestia y dificultad al tragar y al res-

pirar. En las fauces se encontró una tumefacción amarillenta pálida en los pilares del paladar y en la amígdala del lado derecho. La anamnesia dió á conocer que el paciente había notado, en el último mes, la aparición frecuente de tumefacciones en diversas partes de su cuerpo, tales como en los brazos, en los piés y en el escroto. Estas tumefacciones no se ponían rubicundas, no ocasionaban dolor ni picor, desapareciendo en muy poco tiempo, lo más tarde al cabo de cuarenta y ocho horas. El autor escarificó las partes hinchadas de la mucosa, con lo cual desaparecieron en pocas horas la hinchazón y las molestias. Al día siguiente estaba cerrado el ojo derecho por hinchazón de los párpados, pero también esta hinchazón se disipó muy pronto.

El otro enfermo viene padeciendo de accesos de obstrucción de las fosas nasales, obstrucción que sobreviene de pronto con intervalos de pocas semanas á algunos meses, yendo acompañada por lo general de molestias respiratorias. El autor reconoció al enfermo durante uno de estos accesos y encontró que la mucosa del paladar y de la úvula estaba ocupada por una tumefacción lo mismo que en el caso anterior. Estos accesos, que siempre terminan en las primeras veinticuatro horas, suelen ir precedidos de tumefacciones en diversas zonas de la piel. Ambos pacientes son neuropáticos.

La causa de esta enfermedad es rara. Se presenta en personas nerviosas y parece provenir de una especie de intoxicación; se indican como causas ocasionales determinados alimentos, tales como las fresas, el pescado, los helados y también los enfriamientos, los traumatismos y los sustos.

Tan pronto como sobreviene una disnea angustiosa se procederá á practicar escarificaciones que, según el autor, proporcionan un alivio rápido.

(*Amer. journ. of the med. Sciences*).—R. DEL VALLE.

La prueba del alcohol en patología gástrica.— En una de las últimas sesiones de la *Sociedad de Biología*, de París, se ha ocupado el Dr. P. Carnot de una nueva prueba clínica, susceptible de suministrar datos importantes respecto al valor secretorio del estómago; consiste en provocar, por la ingestión de una cantidad pequeña de alcohol, la secreción gástrica que es analizada. Los estómagos normales reaccionan casi de la misma manera, segregando un jugo ácido y abundante en pepsina, pero en los enfermos la reacción es diferente. En unos, la secreción es hiperácida é hiperpésica; en otros, hipoácida é hipopépsica. En muchos casos (cirrosis atrófica, cáncer del estómago), la reacción de las glándulas gástricas con el alcohol es nula. En algunos casos hay disociación funcional (gastritis etílica), no siendo la secreción ácida pero sí abundante en pepsina. Finalmente, en otros, la reacción es sólo mucípara. Al parecer la prueba del alcohol puede indicar con bastante exactitud el estado de las glándulas gástricas en los diversos estados patológicos.—(*La Presse Medicale*, 19 mayo 1906).—F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UN CASO DE CIANOSIS CONGÉNITA CON NECROPSIA

POR LOS DOCTORES

P. CARRIÓN
Profesor clínico de la Facultad de Medicina.

M. ARQUELLADA
del Hospital del Niño Jesús y de la Beneficencia municipal (por oposición).

J. B., de ocho años, natural de Alcobendas (Madrid), ingresó el día 6 de enero del pasado año en el núm. 21 de la sala de San Juan del Hospital del Niño Jesús, á cargo del Dr. Fuentes.

Antecedentes familiares.— El padre es un sifilítico en tercer período, y la madre ha padecido varios abortos.

Antecedentes individuales.—Apenas nacido tuvo una onfalorragia intensa, presentando en toda la piel y mucosas un color amoratado; en los primeros años sufría con frecuencia fatiga, cansancio, aumento del tamaño de los dedos, frío, etc., lo que obligó á su familia á llevarlo al hospital.

Estado al ingreso en la clínica. — Lo primero que llama la atención es el color azulado de todo su cuerpo, más marcado en los labios y manos. La cabeza grande, el lóbulo de la oreja adherente, nariz de Hutchinson (aplanada en su base), bóveda palatina ojival, dientes de Hutchinson con inversión de caninos, dedos de las manos y piés aumentados notablemente en sus extremidades con el reborde elevado, sobresaliendo la uña como el vidrio de un reloj.

Existe disnea, 32 inspiraciones por minuto, que aumenta con el ejercicio, lo mismo que el color azul, sensación de frío muy intensa, mayor en manos y piés.

Exploración del corazón. — Por palpación se percibe desviación y descenso de la punta del corazón, por fuera de la línea mamilar izquierda.

La zona de macicez absoluta sobresale tres traveses de dedo del

borde derecho del esternón, continuándose con la hepática, que se extiende desde el límite normal superior hasta tres traveses de dedo por encima del ombligo.

Existe un soplo cardíaco suave, sistólico, oyéndose con mayor ó menor intensidad en toda la zona de macicez, siendo el máximum en la parte media del esternón, al nivel de la inserción del cuarto cartílago.

Tiene 132 pulsaciones por minuto, siendo la presión sanguínea en la radial de 10 milímetros.

El análisis de sangre, hecho por el Dr. Velasco, dió 6.400.000 glóbulos rojos, y *seis mil* leucocitos por milímetro cúbico.

En los primeros días de julio aumentó la disnea, presentándose edemas de las extremidades inferiores, seis gramos de albúmina por por litro de orina, oliguria, sensación de frío muy intensa, pequeñez y frecuencia de pulso, aumentando la intensidad de estos síntomas asistólicos, hasta que falleció el 29 de julio de 1905.

El *tratamiento* á que estuvo sometido se redujo á vida higiénica, algunas fricciones de pomada mercurial, pequeña dosis de yoduro de sodio, algún tónico cardíaco, etc.

Necropsia (1).—Levantada la pared anterior del tórax, se encontró un corazón aumentado notablemente de volumen, á expensas del ventrículo y aurícula derechos, como lo hacían ya suponer los resultados de la percusión en vida; desproporción entre la arteria aorta y la pulmonar, la primera muy dilatada y la segunda tan reducida de tamaño, que apenas mide medio centímetro de diámetro; la prueba del agua demostró que las sigmoideas aórticas eran suficientes. La pulmonar estaba obliterada, no dejando pasar un estilete.

Hechas las incisiones clásicas para descubrir las cavidades cardíacas, se vió, por lo que respecta á la aurícula derecha, un aumento extraordinario, tanto de su cavidad como del grosor de sus paredes; el agujero de Botal no sufre ningún carácter extraño, pues aun cuando pasa un estile por él, esto ocurre normalmente, por lo menos en un tercio de los casos, según afirma Testut.

El ventrículo derecho presenta la misma exageración en cuanto á cavidad y grosor de sus paredes, notándose en el tabique interventricular una escotadura que comprende la porción posterior del segmento anterior y la porción membranosa.

(1) La pieza anatómica se conserva en el Museo de Anatomía patológica del Hospital del Niño Jesús.

El infundíbulo pulmonar se estrecha hasta llegar á obliterarse en el punto de arranque de la arteria pulmonar.

La aurícula izquierda presentaba una notable disminución de su cavidad, que viene á ser aproximadamente una tercera parte de la derecha.

Las paredes del ventrículo izquierdo son menos gruesas que las del derecho, y en su cavidad se ve también la escotadura del tabique, y que la aorta está desviada ligeramente hacia el ventrículo derecho (fig. 1).

Terminado el examen de cada una de las cavidades, vasos y tabique, lo mismo por el ventrículo derecho que por el izquierdo, nos pa-

Figura 1.

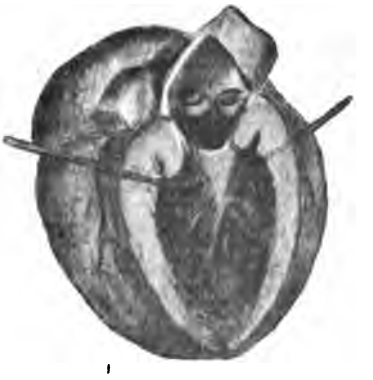


Figura 2.

reció sería muy demostrativo en este caso dar un corte vertico-transversal que pasara por el origen de la aorta (como el que se puede ver en la *Anatomie Humaine*, de Testut), y fijándonos en el segmento posterior del corte (fig. 1) veremos que la aorta está á caballo sobre el tabique interventricular, que esta arteria está muy aumentada de volumen, dejando un buen espacio desde la escotadura hasta el origen de la aorta (17 milímetros), siendo lo que más llama la atención la fácil comunicación del ventrículo derecho con la aorta; el aumento de volumen y la hipertrofia del ventrículo derecho, que indica claramente la importancia que tuvo en el mecanismo de la circulación.

En las válvulas y orificios se presentaban unos nodulitos del tamaño máximo de un cañamón, y cuyo tejido es inflamatorio, como lo demuestra el análisis micrográfico hecho por el Dr. Velasco.

Etiología.—Siendo el padre un sifilítico, y teniendo el sujeto de la observación los síntomas de la sífilis hereditaria, es lógico pensar que la herencia de esta enfermedad es la que ha producido la de este sujeto.

Diagnóstico.—Por la bóveda ojival los dientes semilunares con inversión de caninos, la nariz aplastada en su base y los antecedentes paternos, hay que diagnosticar el enfermo de *heredosífilis*; pero por el color azul de su cuerpo, más marcado en labios y manos desde el momento de nacer, el aumento de volumen de las extremidades de los dedos en manos y piés, la disnea que aumenta con el ejercicio, la sensación de frío, la desviación de la punta del corazón, el aumento hacia la derecha de la zona absoluta de macicez cardíaca, hace que diagnostiquemos *Cianosis congénita ó enfermedad azul.*

Ahora bien, como nunca se debe diagnosticar por síndromes ó síntomas, es necesario que expongamos nuestro criterio antes y después de la necropsia.

El aumento de macicez del corazón en sentido transversal, la desviación del choque de la punta testifican el aumento de volumen del corazón derecho y nos indican claramente que se trata de una lesión del corazón y no de cianosis congénita sin lesión cardíaca, como sucede en algunos casos (Vaquez).

El soplo que existía en nuestro enfermo, por sus caracteres y localización, no tenía valor diagnóstico.

Fundándonos en los anteriores datos, dimos como probable el que se trataba en nuestro enfermo de una estrechez pulmonar con comunicación de tabique inter-ventricular ó inter-auricular.

El hecho de no presentar el soplo con los caracteres que se asigna á la estrechez pulmonar, no tiene nada de extraño si se tiene en cuenta:

1.° Que la ausencia del soplo es un hecho bastante común, porque en algunos casos es tan pronunciada la estrechez, que la cantidad de sangre que pasa no es suficiente para producir el soplo.

2.° En otras ocasiones, por estar estrechado el tronco de la arteria pulmonar hasta su bifurcación, la sangre pasa por este conducto sin tener condiciones para producir el soplo, como el caso descrito por Variot y Chambord.

Algunos autores, como E. Weill, dicen que la existencia de hipertrofia del corazón derecho, aunque sea sin soplo, coincidiendo con la cianosis congénita, son síntomas más que suficientes para diagnosticar la estrechez de la arteria pulmonar.

Para hacer el diagnóstico anatomopatológico debemos fijarnos en el resultado de las necropsias que se han hecho, y así Fallot hace una clasificación, basada en 55 autopsias de cianosis, que las divide en cuatro grupos:

Primero. Caracterizado por estrechez de la arteria pulmonar, desviación de la aorta á la derecha, comunicación interventricular é hipertrofia concéntrica del ventrículo derecho. De este primer grupo describe 39 casos.

Segundo. Caracterizado por estrechez de la arteria pulmonar, desenvolvimiento completo del tabique interventricular y persistencia del agujero de Botal. De este grupo describe siete casos.

Tercero. Tiene por carácter un tronco arterial único, que después se divide en aorta y pulmonar. De este grupo describe tres casos.

Y el *cuarto*, del cual sólo describe un caso, y que está caracterizado únicamente por la persistencia del agujero de Botal.

Además, como apéndice, describe tres casos con obliteración de la arteria pulmonar, correspondiendo dos de ellos al primer grupo y el otro al segundo.

La obliteración completa de la arteria pulmonar, la ligera desviación de la aorta á la derecha, la comunicación interventricular y la hipertrofia concéntrica del ventrículo derecho que presenta nuestro caso, hace que le coloquemos en el apéndice que hace Fallot al primer grupo de su clasificación.

Debemos, pues, notar la frecuencia del primer grupo de Fallot, comprobada por Ranchguss, que en 192 casos encontró 171 veces el primer grupo.

Basado nuestro diagnóstico probable en estos datos, y confesando que no pensamos en la atrepsia pulmonar, vamos á establecer el diagnóstico diferencial y explicar el soplo que podía hacer pensar en la enfermedad de Roger.

¿La comunicación interventricular con estrechez ú obliteración de la arteria pulmonar, da siempre lugar á soplo como en la enfermedad de Roger? No da lugar á ningún soplo en la mayoría de los casos, y esta observación, hecha por todos los clínicos, se comprende fácilmente cuando se nota la diferencia que existe entre la comunicación interventricular amplia de la porción posterior del segmento anterior y la comunicación interventricular llamada enfermedad de Roger. En ésta se trata de un orificio situado generalmente en el segmento membranoso que pone en comunicación los dos ventrículos; las condiciones para que se produzca el soplo des-

cripto por Roger no pueden ser mejores, mientras que en los casos como el nuestro la comunicación se restablece por una escotadura que mide más de centímetro y medio en sentido vertical, por otro tanto ó más en sentido transversal, con el origen de la aorta á caballo del tabique, mirando el orificio de esta arteria mitad al ventrículo derecho y mitad al izquierdo (como puede verse en las figuras). En casos que corresponden á este tipo, Moussons hace la siguiente observación: colocando un estilete en la dirección del eje de cada ventrículo, se ve que se cruzan un poco por encima de la escotadura interventricular; la dirección dada al estilete representa la columna sanguínea ascendente que se forma en cada ventrículo en el momento del sístole, las dos columnas sanguíneas se encuentran y se fusionan en el punto de arranque de la aorta; ahora bien, por la impulsión adquirida y por ofrecerles la aorta (que está dilatada) la puerta de salida, la sangre debe de tener poca tendencia á pasar de un ventrículo á otro, y si esto se efectúa debe de hacerse en condiciones poco favorables para la producción de un soplo.

Sin embargo, en nuestra observación existía un soplo suave, pero no tenía los caracteres del que describió Roger (soplo rudo, puesto que empieza en el sístole y enmascara los dos tonos normales del corazón, que se oye en la parte media de la región precordial, propagándose de izquierda á derecha en sentido horizontal y acompañado siempre de estremecimiento catario).

Varias interpretaciones se han dado de estos soplos: se habla de soplos cardiopulmonares, anemocianóticos, como los llama Duroziez; sin embargo, no es posible considerar al soplo que presentaba nuestro enfermo en esta categoría por sus caracteres de fijeza y localización.

Otros han supuesto que se trataba de soplos que acompañaban á la estrechez aórtica, pero en las autopias se encontraba la aorta dilatada y no estenosada.

Moussons da la siguiente explicación, que parece más lógica: dice que el soplo nace en el momento en que la sangre que proviene de uno de los ventrículos se introduce en la aorta; sabido es que la aorta está dilatada, y recordando que está al mismo tiempo á caballo sobre el tabique interventricular, se comprenderá que la porción del orificio arterial que corresponde á uno de los ventrículos puede estar relativamente estrechada, y la sangre que viene de este ventrículo tiene que pasar por un estrecho formado por el borde de la escotadura y la parte del anillo aórtico correspondiente á este

ventrículo; franqueado este estrecho, la sangre debe producir el soplo.

Patogenia. — Son dos principálmente las doctrinas que se disputan la patogenia de las lesiones congénitas del corazón: la *patológica* y la *teratológica.*

La primera, patológica, defendida por Cruveilhier, Lancereaux, Grancher, etc., supone que una endocarditis en el feto produce una estrechez de la arteria pulmonar; si se produce antes de la *última* semana, es decir, cuando no se ha terminado el tabique interventricular, la sangre contenida en el ventrículo derecho está sometida á una mayor presión y se escapa al ventrículo izquierdo, impidiendo de esta manera que se forme todo ó parte del tabique interventricular. Explican la desviación de la aorta á la derecha, diciendo que lo que se desvía es el tabique por el aumento de presión del ventrículo derecho, y termina Lancereaux diciendo *que la teratología del corazón se reduce á la patología del órgano en la vida intrauterina.*

La *teratológica,* defendida por Rokitansky principalmente y admitida en parte por E. Weils y Moussons, explican incluso la estrechez pulmonar, haciéndola depender de un defecto del desarrollo del órgano.

Para comprender bien esta doctrina, recordaremos que la división del bulbo aórtico se hace por el desarrollo de un tabique que empieza á formarse hacia atrás y á la izquierda, para dirigirse adelante y á la derecha, describiendo una curva; de esta manera divide la circunferencia del bulbo aórtico en dos segmentos, uno del lado de la convexidad, atrás y á la derecha, que forman la aorta, y el otro del lado de la concavidad, adelante y á la izquierda, que formará la arteria pulmonar.

Por otra parte, el tabique interventricular se dirige hacia arriba al encuentro del arterial, describiendo un movimiento de torsión, haciendo abocar de este modo el orificio aórtico al ventrículo izquierdo.

Veamos ahora, según esta doctrina, cómo se explica la estrechez pulmonar y la inoclusión interventricular.

El tabique arterial, en lugar de nacer en la parte posterior, sobre la pared izquierda, puede tener su origen en el centro de separación del bulbo y dirigirse en línea recta hacia adelante. Entonces estará la aorta á la derecha y la pulmonar á la izquierda, resultando una anomalía de posición.

El tabique puede nacer á la izquierda, pero con la concavidad mirando completamente adelante. En este caso la aorta está adelante y atrás la pulmonar, resultando una interversión.

Puede ocurrir que se modifique la dirección del tabique en relación al eje del bulbo, desviándose al descender acercándose á la pared anterior é izquierda, y quedará dividido el bulbo arterial en dos partes desiguales: la anterior é izquierda (pulmonar) estará estrechada, quedando atrás y á la derecha una aorta aumentada tanto más cuanto menor sea la pulmonar.

No hay más que exagerar esta desviación hasta que la parte anterior é izquierda del tabique se ponga en contacto con la pared del bulbo y se tendrá la obliteración de la pulmonar.

La inoclusión del tabique interventricular la explican porque la dilatación y desviación á la derecha del orificio aórtico hace que la porción posterior del segmento anterior (interventricular) sea insuficiente para contornear el orificio aórtico y separarla del ventrículo derecho, y el resto de las lesiones se van formando como resultado de las primeras lesiones.

La misma explicación la aplican cuando, en lugar de estrechez, existe *atresia* de la arteria pulmonar.

El mismo Rokitansky explica algunos casos de obliteración de la arteria pulmonar, existiendo al principio una estenosis, y sólo después, cuando la sangre encuentra más fácil camino hacia la aorta, es cuando la eliminación de función hace que desaparezca la luz de la arteria pulmonar.

Objeciones.—A la teoría patológica la ha hecho Moussons la objeción de que no se ha tenido en cuenta la sucesión cronológica de las diferentes fases del desarrollo del corazón. Los embriologistas están de acuerdo en que el tabicamiento del bulbo aórtico empiéza en la tercera ó cuarta semana del embarazo, terminándose en la última; por otra parte, el tabicamiento interventricular se completa en la séptima ú octava semana. Para que la arteria pulmonar, y en particular su aparato valvular, sufra las consecuencias de una endocarditis, es necesario que ésta esté constituída, pues de lo contrario la endocarditis lesionaría en el bulbo aórtico, aorta y pulmonar. La arteria pulmonar se forma, pues, pocos días antes que el tabicamiento interventricular se termina. Dice Moussons que puede suponerse que la pulmonar, apenas terminada, sufra el ataque de un proceso flegmásico y que ésta produzca una estenosis capaz de impedir la terminación del septum interventricular por el éxtasis

circulatorio. Es decir, que la endocarditis estalla en época fija, entre la sexta y la séptima semana del embarazo.

Pero como lo hace notar después, si éste fuese el mecanismo habitual de estas lesiones asociadas (estrechez pulmonar é inoclusión interventricular), serían muy raras comparadas á todas las que pueden desarrollarse durante el resto de la gestación, siendo así que las estadísticas prueban todo lo contrario.

No se comprende, pues, una endocarditis que lesione en el bulbo aórtico exclusivamente la parte anterior é izquierda (lo que ha de ser pulmonar), ni tampoco, como lo hace notar Weill, que la endocarditis aparezca bruscamente entre la sexta y séptima semana, produciendo en pocos días una lesión como la estenosis, que aun en conductos más estrechos no es obra de pocos días.

Varias objeciones se han hecho á la doctrina teratológica; así, Moussons dice que si bien la manera de pensar de Rokitansky, haciendo depender la inoclusión del tabique interventricular de un defecto en la división del bulbo aórtico, es aplicable en algunos casos, no debe de generalizarse á todos; no debemos olvidar que existen casos de inoclusión del tabique sin otra lesión, pudiéndose muy bien admitir dos defectos embriológicos: uno en el tabique del bulbo aórtico y otro para el interventricular; esto es, el desarrollo simultáneo de varias anomalías.

Existe un hecho que á primera vista podría hablar en favor de la teoría patológica, y es la existencia de lesiones inflamatorias del endocardio encontradas en muchos casos, pero la mayoría de los autores lo explican diciendo que las malformaciones del corazón son un estímulo para la endocarditis.

En favor de esta manera de pensar está la afirmación de Rokitansky, de que las alteraciones del endocardio son más frecuentes é importantes cuando la autopsia recae en niños de algunos años, con más razón en los adultos, y que son muy raras en los niños recién nacidos.

Expuestas esquemáticamente las teorías con sus principales objeciones, vamos á interpretar la patogenia de nuestro caso.

Conformes con la objeción de Moussons á la teoría patológica, no podemos admitir en nuestro caso una endocarditis primitiva capaz de ocasionar las lesiones primitivas. Hay que pensar, pues, que un cambio de situación en el tabique del bulbo aórtico, inclinado hacia adelante y á la izquierda, dió lugar á una arteria aorta grande y una pulmonar pequeña.

Que la inoclusión del tabique interventricular se deba al mecanismo que expone Rokitansky ó que sea una anomalía independiente del tabicamiento bulbar, de todos modos su explicación entra dentro de la doctrina teratológica, pero de todas maneras no debe dejarse de tener en cuenta que el aumento de tensión que se crea en el ventrículo derecho favorece indudablemente la inoclusión de dicho tabique.

¿Cómo nos explicamos la obliteración de la pulmonar? Estando esta arteria estenosada y teniendo la sangre fácil acceso á la aorta por la escotadura, la función de este vaso disminuye notablemente (Rokitansky); en estas condiciones aparece la endocarditis (hecho indudable, como lo prueba el análisis microscópico), que es la causa principal de la *atresia*.

En resumen: admitimos la teoría teratológica para producir la estrechez y la patológica para la obliteración.

La desviación de la aorta á la derecha, en este caso no es más que aparente. Si en un corte vérticotransversal de un corazón normal se suprime la parte del tabique interventricular que hace abocar la aorta al ventrículo izquierdo y prolongamos con una línea de puntos el tabique hacia la aorta, veremos que entra dentro de la luz de este vaso; en estas condiciones, no tenemos más que recordar que en nuestro caso la tensión del ventrículo derecho es mayor que la del izquierdo, lo que hace que el tabique se incline hacia el ventrículo izquierdo.

De manera que la falta de la porción del tabique que normalmente se dirige de izquierda á derecha y la hipertrofia y aumento de tensión del ventrículo derecho, dan cuenta de que no existe desviación de la aorta á la derecha; nos parecería mucho mejor decir que el tabique está desviado á la izquierda.

La hipertrofia del ventrículo derecho se puede suponer debida á la estructura que indudablemente existía al principio en la arteria pulmonar de nuestro enfermo, pero aun en estas circunstancias y fijándonos en la fig. 1, se ve que la sangre tiene por la escotadura una gran vía de derivación, por lo cual se explica mejor, como lo hace Debely, diciendo que el ventrículo se hipertrofia por tener que vencer el aumento de tensión de la circulación aórtica, como lo demuestra el que la hipertrofia del ventrículo derecho sea concéntrica y no exista dilatación, siendo por estas circunstancias el ventrículo derecho el verdadero ventrículo aórtico.

En resumen: se hipertrofia, no para vencer la estrechez pulmo-

nar, sino para vencer la resistencia de la tensión sanguínea aórtica.

Fisiología patológica. — La manera de funcionar este corazón es la siguiente:

La sangre llega á las aurículas con una notable desproporción en perjuicio de la izquierda y á favor de la derecha, pasando por los orificios aurículoventriculares á los ventrículos, y por contracción de éstos á la aorta.

Siguiendo en la hipótesis de que la arteria pulmonar al principio no estará más que estrechada cuando esto ocurría, la hematosis estará asegurada en parte.

En los casos de obliteración, en que no está permeable el conducto arterioso, la circulación pulmonar se verifica por las arterias bronquiales que están, como en nuestro caso, muy desarrolladas. En efecto, las anastomosis de las arterias bronquiales con las pulmonares es un hecho admitido por los anatómicos Poirier y Testut, después de los trabajos de Zuckerkandl. Pero estas anastomosis varían mucho de un individuo á otro, considerándose, como opina Zuckerkandl, como residuos de numerosas vías de comunicación que existen en la vida fetal; es decir, como *verdaderos conductillos arteriosos.*

Tres factores son los que principalmente se han considerado como productores de la cianosis: 1.°, la mezcla de las dos sangres; 2.°, la estrechez pulmonar, y 3.°, el éxtasis venoso, y como en este caso se reunen los tres factores, es explicación más que suficiente de este síntoma.

Pronóstico.—Como dice Cadet de Gassicourt, en los casos de malformaciones congénitas del corazón los años de vida están en razón inversa á los obstáculos de la circulación; por lo tanto, la obliteración completa de la arteria pulmonar es casi incompatible con la vida, pues el 66 por 100 mueren en el primer año.

También está en relación con la evolución de la enfermedad, pues las endocarditis son de mal pronóstico, abreviando rápidamente los días de enfermedad.

Algunos síntomas, como la precocidad é intensidad de la cianosis, síncopes y crisis epilectóideas, hemorragias, sobre todo cuando se repiten, las enfermedades broncopulmonares, y por último, la tuberculosis pulmonar, son de pronóstico desfavorable.

Otros síntomas hay que modifican favorablemente el pronóstico: la falta ó escasez de crisis dispensa la comprobación de una hiper-

globulia permanente. Cuando el sujeto ha pasado la adolescencia, el pronóstico es mucho mejor, siendo muy difícil en estos casos precisar el pronóstico, pues algunos llegan á la vejez.

Tratamiento.—El tratamiento de estos enfermos se reduce á cuidados higiénicos, evitando el frío, haciendo que respiren aire puro, fricciones excitantes de la piel, y poniendo todos los medios para que no se tuberculicen.

En los periodos de disnea, oxígeno, quietud, y como medicación el fosfato de cal, el yoduro de hierro, y en los periodos asistólicos los tónicos cardíacos, sobre todo digital.

BIBLIOGRAFÍA

(1) *A. Moussons*: Maladies congenitales du cœur.
(2) *Clarrin et Lenoir*: *Arch. de phys.*, 1891.
(3) *E. Dupré*: Communication congénitale de deux cœurs, par inoclusion du septum interventriculaire. Premier observation de la lesion reconne pendant le vie et verificé après la mort (Soc. Anat., julio, 1891).
(4) *E. Fournier*: Stigmatis distroñiques de l'héredo-syphilis.
(5) *Fournier*: Étude sur las perforations de l'oclusion interventriculaire (Th. Paris, 1864).
(6) *E. Fournier*: 4.ª obser. du persistencia du tron de Botal, 5.ª communication interventriculaire et 9 de maladie bleu.
(7) *E. Weill*: Maladies du cœur dans les enfants (Paris, 1895).
(8) *Fallot*: Contribution a l'anatomie pathologique de la maladie bleu. *Marseille med.*, du fevrier à juillet, 1888.
(9) *Haranger*: De l'endocardite congenitale du cœur gauche (Th. Paris, 1882).
(10) *Lancereaux*: Des anomalies cardiaques (*Gaz. des hôp.*, 1890).
(11) *Larergne*: Contribution à l'étude des malformations du cœur (Th. Paris, 1884).
(12) *Marie*: Leçons du clinique méd., 1896.
(13) *Moulo*: Cyanose blanche chez un enfant de trois mois (*Revue des maladies de l'enfance*, 1888).
(14) *Peacock*: On malformation of the human heart. 2.ª edición. Londres, 1866.
(15) *Rauchfuss*: Citado por Weill.
(16) *Vaquez*: *Bull. med.*, mai 1892.
(17) *Variot et Duval*: Soc. med. des hôp., 1904.
(18) *Variot et Chicolot*: Soc. de Pediatrie de Paris, 1899.
(19) *Variot et Chamborte*: Soc. med. des hôp., 7 mai 1890.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. La senilidad: hipótesis sobre sus causas.— II. Algunos datos acerca de la confusa etiología del cólera.—III. El craw-craw y la filariosis: varias noticias.—IV. Las moscas como vehículo probable del tifomalaria.—V. Epidemias de chancro blando.— VI. Vacuna: peligros é inconvenientes; vacuna *científica*.—VII. El tabaco en la infancia y adolescencia.

I. Hace cuatro años, Metschnikoff formuló una hipótesis sobre la senilidad: las células viejas son ineptas para resistir á los fagocitos. Esta ineptitud es uno de los muchos defectos que tienen las células viejas.

En su concepto son tres las hipótesis que pueden explicar el estado senil: 1.ª Las inflamaciones sucesivas y repetidas que sufre la célula durante la vida, producen el reemplazo de la verdadera substancia de aquélla por un tejido cicatricial, inepto para las funciones de esta substancia. 2.ª La célula, con el tiempo, queda incapacitada de sostener el metabolismo particular necesario á sus funciones propias. 3.ª La célula, con la edad, pierde las propiedades que le permitían resistir á la actividad constante de los microbios y de las toxinas.

Se puede objetar á la primera que las alteraciones seniles se efectúan independientemente de toda flegmasía anterior, y de existir no explicaría la pérdida del poder regenerador y de reproducción. Las dos últimas contienen parte de la verdad, pues la célula senil es deficiente en su nutrición y en su resistencia.

L. Price (*Journal of the Amer. med. Assoc.*, 1905), supone que en las primeras etapas de su existencia posee la célula una substancia específica, la *bioplasmina*, esencial para el cumplimiento de sus funciones, que se va agotando poco á poco y que es la única, de sus materiales, que no tiene reemplazo en un período avanzado de la vida de la célula; cuando desaparece acaba la actividad metabólica de ésta. La edad y la duración de las actividades celulares están en relación directa con la cantidad de dicha substancia, y esa cantidad debe ser muy pequeña, pues el análisis no revela diferencias

entre las células jóvenes y las viejas. Su naturaleza no cambia durante toda la vida, pero su actividad disminuye progresivamente, y por eso se inclina á una substancia albuminóidea de gran molécula, capaz de desdoblar alguna substancia esencial al metabolismo nutritivo. Su origen debe buscarse en los procesos más precoces que conducen á la formación del embrión, antes de que sean evidentes las actividades de formación y de crecimiento. Juzgando por analogía, la bioplasmina, como otras substancias relacionadas con el metabolismo, cual los enzimas, posee una materia preliminar, un zimógeno, el *bioplasminógeno*, á cuyas expensas se forma. Este aparece en el momento en que el organismo empieza á vivir como entidad distinta, es decir, en el acto de la concepción. La gran atracción que existe entre los elementos machos y hembras, habla en pro de una fuerte afinidad química.

De acuerdo con Lœb en sus curiosos experimentos sobre los huevos de los animales inferiores, admite que la primera influencia de la célula macho sobre la hembra es acción de ionización.

A la química fisiológica corresponde la solución de este problema. Quizás algún día dé con la fórmula que haga posible en otros tiempos venideros, larga, larguísima, la existencia del hombre.

II. De día en día se proyectan nuevas sombras sobre la aparición del cólera. Una observación muy bien estudiada por Prochnik (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1905), constituye un motivo de nuevas zozobras: el vibrión del cólera puede existir impunemente en el intestino y salir con las materias fecales dotado de virulencia máxima. Así lo ha comprobado en seis peregrinos que se hallaban sufriendo cuarentena en el lazareto *El Tor*. Su estado hígido era completo, no presentaban trastorno alguno. Todos los otros peregrinos tenían también un estado sanitario excelente.

III. Sobre el *craw-craw* (dermatosis papulovésicopustulosa concomitante con la filariosis), con cuyo nombre, según Brault, designan los negros africanos varias erupciones cutáneas, ha presentado el Dr. Antonino Ferrari á la Academia de Medicina de Río Janeiro (noviembre anterior), una memoria interesante.

O'Neill observó en los indígenas de la costa occidental de Africa, una erupción pápulovesiculosa, pruriginosa, que luego se hacía vésicopustulosa. En las pústulas halló una microfilaria.

Los primeros casos observados en el Brasil lo fueron por Silva Araujo. Tal vez sea más frecuente de lo que se cree, pero el microscopio no es muy usado.

R. Blachard denominó al parásito *Rhabditis Niellyi*. Parece ser originario del antiguo continente y transportado á América durante el comercio de esclavos. Hoy su gran región geográfica comprende, por el Norte, desde España y Charlestón (Estados Unidos), hasta por el Sur, la Argentina y Brisbane (Australia): en toda esta inmensa zona ha sido vista la filariosis. En algunas localidades es muy frecuente: en la isla Somoa está infecta la mitad de la población (Brancroft); en algunos distritos del Sur de China, la tercera parte (P. Manson); abunda mucho en Argelia, Bajo Egipto, Madagascar, islas Reunión (Jeanselme). Wucherer la halló en Bahía (1865), por vez primera, en las orinas quilosas de varios enfermos afectos de la mal llamada quiluria tropical, y Silva Lima y Silva Araujo en Bahía y Río Janeiro.

El profesor Severiano de Magalhães, de Río Janeiro, halló en el ventrículo izquierdo de un niño una filaria distinta de la de Brancroft y de las conocidas, hecho que aceptó Manson y ahora Ferrari hace la relación de un nuevo caso, cuyos caracteres presentan algunas particularidades, tal vez con nuevos estudios, bastantes á admitir otra especie filariósica. (*Revista medico-cirurgica do Brasil*, 1905).

IV. A. Chantemesse y F Borel han tratado en la Academia de Medicina de París (sesión del 17 de octubre de 1905), del papel de las moscas como vehículo de gérmenes patógenos, especialmente del cólera. Este hecho decide al Dr. Thooris, médico mayor de Lille, á estudiar el mismo asunto por lo que hace al tifomalaria (*Hypothèse sur la propagation de la thypomalaria par les mouches. — Soc. centrale de Méd. du Nord*, 10 noviembre 1905.—*L'Echo méd. du Nord*, 3 diciembre), pero sólo en el terreno hipotético.

Se trata de la campaña del Dahomey de 1895, en que hubo 70 muertos por el fuego enemigo y 8.000 por el tifomalaria, ó sea casi la mitad del cuepo expedicionario. Los insectos que molestaron á las tropas, fueron numerosísimos, las moscas entre ellos.

Divide esta campaña, para su objeto, en tres fases, marcadas por la altitud del campo de operaciones.

Primera fase.—Se realiza en el valle de la Betzibouka ó de Boéni. La atmósferá es invadida durante el día por las moscas y durante la noche por los mosquitos. Cuando después del crepúsculo algún desgraciado había de bajarse las ropas para hacer una deposición, quedaba la piel como frotada con ortigas. A los quince días de desembarcar hubo soldados grandemente afectos de anemia palustre,

con la cara, el vientre y las piernas hinchados, accesos comatosos, con las manos edematosas y ulceradas por los mosquitos, pasando la noche alrededor de las hogueras sin poder dormir y con las manos cerca de las llamas para defenderlas de los insectos, de que no les protegía el mosquitero rudimentario.

Como apenas había diferencia térmica entre el día y la noche, las afecciones gastro-intestinales fueron raras, y las moscas no pudieron encontrar en las deposiciones gérmenes que conducir. El tifomalaria y las otras infecciones de origen intestinal fueron excepcionales y nulos.

Segunda fase.—Se efectúa en las mesetas, de Suberbieville á Andriba. Tiempo muy seco, terreno elevado, gran radiación nocturna, el monzón enfría mucho el ambiente durante la noche: 40° media térmica durante el día, 18° durante la noche.

Cuando todos creían que no habría fiebres, el paludismo tuvo una recrudescencia. El hombre, hasta entonces refractario á la malaria, perdió su inmunidad, como la pierde la gallina al carbunclo cuando se la enfrían las extremidades. *En estas mesetas no hay mosquitos.* El frío nocturno produjo catarros intestinales y los portadores del colibacilo y del bacilo de Eberth, debilitados por las marchas y el cansancio, elaboraron la fiebre tifoidea y en sus deposiciones pudieron las dos moscas que les atormentaban desde el amanecer á la noche, la común y la *mucafoui*, recoger de las materias fecales gérmenes infectantes. Para formar idea de lo abundante que eran, baste decir que al destapar un vaso con agua para llevarlo á la boca, por rápidamente que se hiciera, caían á bandadas en el líquido, si es que no penetraban en la boca á montones; la siesta era imposible; el calor impedía el uso del mosquitero; las moscas se introducían en las fosas nasales y en los conductos auditivos, causando molestias insoportables. La mucafoui sólo aparecía en legiones imponentes durante los dos crepúsculos y dejaba la cara acribillada de picotazos, de cada uno de los cuales salía una gota de sangre.

Todas estas moscas fueron sin duda las diseminadoras de la primera explosión tifomalárica en el valle; y ya constituído el foco, volvió hacia atrás, donde no había existido, llevado por los enfermos que retrocedían hacia los puntos de embarque. Mientras tanto, en la vanguardia los casos tifomaláricos eran raros: correspondían á una zona cuyas moscas no estaban contaminadas todavía.

No puede acusarse al agua y al polvo, tan abundante y rojizo que daba con el sudor á la cara de los soldados un aspecto sangriento,

pues en el puesto de Andjiéjié no hubo un sólo caso, á pesar de usarse el agua malsana del río, que recibía los muertos y las materias fecales, y de haber mucho polvo; pero en él se tomaron precauciones extremadísimas contra las moscas, entre otras, estar á obscuras por completo en las chozas construídas.

El tifomalaria atacaba más á las tropas en reposo, que buscaban abrigos, que á las tropas en marcha azotadas por los monzones. Los oficiales, vestidos y alimentados como los soldados, sufrieron menos, indudablemente por tomar precauciones contra las moscas. También se vieron libres los que transitaron á distancia de la ruta militar, pues las moscas no transportan muy lejos los gérmenes infectantes (Chantemesse).

Tercera fase.—En la meseta de Emyrne. Las mismas condiciones, pero la gente estaba seleccionada y más amaestrada.

Saneada rápidamente la ruta por el sol, las moscas perdieron los puntos de carga del virus, y esas malgachas tan temibles en 1895, no tuvieron acción morbífica.

Estos hechos hacen racional la hipótesis del papel de las moscas en la transmisión de las infecciones.

El autor cita, además, en apoyo de tal suposición, un artículo de Donrre (*Le Caducée*, 1905), en que se da cuenta de los experimentos hechos en el Africa del Sur (junio de 1904), las observaciones recogidas por Weeder durante la guerra hispano-americana, los estudios de Netley, Horrocks y Fisth, que demuestran que todo el cuerpo de la mosca doméstica puede retener el bacilo tifoideo en su superficie, y la opinión de Smith, que dice que la mosca puede producir por el ano la dotinentería y la disentería.

Malmejac, Bretón y Combemale aducen hechos demostrativos del papel de las moscas como propagadoras.

V. Leconte (*L'Echo méd. du Nord*, 3 diciembre 1905), refiere una epidemia de chancro blando, observada en Lille. Hubo una en 1900, con 21 casos, descrita por Bertin y Gillé. Después los casos han sido raros. Bruscamente, en agosto anterior, estalló otra, que comprende 39 casos y además 20 en los soldados. En las mujeres las invasiones fueron raras, sea porque una puede infectar á varios hombres, sea porque no se sometieron á la inspección. No se conoce el punto de partida de esta epidemia : se sospecha de la feria anual y de una casa de prostitución de la más ínfima categoría, en cuyo caso una vez más demostraría el chancro blando su predilección por las clases más pobres.

VI. En Francia se ordena que no se vacune hasta que se haya hecho la autopsia del animal vacunífero, por si sufriera tuberculosis ú otro padecimiento infectivo: esto quiere decir que se emplee la vacuna de tubo; pero también se prescribe que el procedimiento de elección es vacunar de ternera á brazo. La contradicción es palmaria, pues si se espera á la autopsia no se puede tomar el virus de la ternera y la toma directa no es entonces el procedimiento de elección, ó si no se espera, por creerlo así mejor, es inútil sacrificar el animal.

Contra los peligros de la vacunación de ternera á brazo, se han levantado voces autorizadas: S. Bernehim (Congreso internacional de Higiene de 1900), Barlerin (varias veces, entre otras, en el *Bull. mensuel de la Soc. d'Hyg. de l'enfance*, 1903), y otras muchas. E. Chaumier, continuando esta campaña higiénica, publica un artículo (*Des dangers de la vaccination de génisse á bras.— La Méd. orientale*, 10 diciembre de 1905), en el que prueba que la vacunación de ternera á brazo es peligrosa y anticientífica.

A. *Peligrosa*. Lo es por dos hechos: 1.°, por la posibilidad de inocular el bacilo tuberculoso, estreptococos (erisipela), bacilo tetánico (varios casos en la América del Norte), estafilococos y otros (vacuna ulcerosa, flemones, fagedenismo, etc.), de que hay numerosos ejemplares, por ejemplo, la epidemia de Estrasburgo y de Alsacia—*Gaz. méd. du Centre*, septiembre 1899—y que son evitables haciendo que la vacuna envejezca en glicerina, según consejo de Leoni, de Roma, en 1890 y 1894), la fiebre aftosa, cuya transmisión al hombre se ha realizado varias veces, como sucedió durante la epidemia de viruela de París en 1901 y como ocurre á las veces en los Institutos de vacunación, que se ven obligados en conciencia á inutilizar grandes cantidades de vacuna; 2.°, por la posibilidad de inocular vacuna inerte ó muy poco activa, hecho más común de lo que parece y que se produce aisladamente ó en serie, hasta el punto de haberse tenido que cerrar algunos Institutos (el de Dijón, el de Auzin), de él resulta la posibilidad de que muera de viruela un vacunado. Por eso hoy, antes de entregar la vacuna al mercado, se la ensaya clínicamente.

B. *Anticientífica*. Tomándola de la ternera directamente, la vacuna puede ser nociva ó inútil, y es preciso darla: 1.°, exenta de peligros, ya usando la glicerina que la purifica en un mes ó mes y medio (Leoni), ya sometiéndola durante algunas horas á los vapores de cloroformo, como hace Alan Green, del Instituto vacuno del Estado,

Londres, el más grande de Europa; 2.°, gran virulencia y virulencia siempre igual, valiéndose de la retrovacunación empleada en Alemania y Austria, del paso de la vacuna por el conejo (Calmette), ó por el asno (E. Chaumier); puede demostrarse en la ternera, en el conejo ó en el niño, siendo éste el mejor reactivo, ya que vacunas que son virulentas para aquéllos y no para éste.

La *preparación científica de la vacuna* debe comprender las siguientes preparaciones: 1.ª, inoculación á la ternera de una vacuna de gran virulencia; 2.ª, recolección todo lo aséptica que sea posible; 3.ª, análisis bacteriológico para desechar todo la que contenga gérmenes nocivos, demostrados en el laboratorio; 4.ª, purificación, librándola de los numerosos microbios que en ella existen; 5.ª, probarla clínicamente, rechazando la que no sea virulenta en el grado debido; 6.ª, sería conveniente, en cuanto á la tuberculosis, inyectar la vacuna al conejito de Indias y ver si el animal se tuberculiza. Antes debe haberse inyectado la tuberculina á la ternera y, una vez hecha la recolección, hay que practicar la autopsia por si sufriera una enfermedad infecciosa no sospechada.

Estas condiciones demuestran que ha progresado la obtención de la vacuna y que se acaba el empirismo hasta ahora existente.

En los 20 ó 30 Institutos alemanes no se practica la inoculación de ternera á brazo: la ley no la permite. El Instituto del Estado en Inglaterra, sólo expende vacuna purificada. En Suiza, Bélgica, Austria, Italia, Rusia, Holanda (salvo La Haya), no se vacuna de ternera á brazo por conceptuarlo peligroso, y se expende únicamente linfa purificada. En los Estados Unidos, Chile, Perú, Turquía asiática, Egipto, etc., está prohibida la inoculación de ternera á brazo. En Francia no se ha entrado en la nueva y buena vía, y en España.....

VII. G. Petit se lamenta de los graves daños que el uso del tabaco causa en los niños y adolescentes, y pide la prohibición legal antes de los dieciséis años.

Aconseja que el padre aleccione á su hijo sobre los perniciosos efectos del tabaco y que le invite á no fumar, disuadiéndolo si ya ha empezado á hacerlo; que en las escuelas y en la casa se realice la enseñanza antitabáquica por todos los medios, como se hace con el alcohol; que se lleve al ánimo del incipiente fumador la conveniencia de la templanza, la influencia del tabaco sobre la moral, sobre el dinero invertido, sobre la salud y sobre su parentesco con el alcoholismo; y que se le incline, borrando el mal hábito, á que se encariñe con el bien.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 23 de Junio de 1906.

La talasoterapia en Pediatría. — El Dr. *Tolosa Latour* manifiesta que la talasoterapia es uno de los elementos terapéuticos más eficaces, dependiendo los prejuicios que contra ella existen á su inoportuna aplicación, debida principalmente á que no se vigila y estudia con la atención y vigilancia que se aplica á las aguas minerales.

Preconiza los excelentes resultados de la atmósfera y el agua marina en los estados de astenia, debilidad, pretuberculosis, en las manifestaciones tuberculosas, óseas y articulares, que se modifican en absoluto, según afirma Kirmisson, y especialmente en el raquitismo y escrófula, en que se obtienen resultados admirables en pocos días.

Dicho medio terapéutico no está contraindicado en las cardiopatías.

Los resultados que se alcanzan en los casos de caries y adenitis supuradas son maravillosos, y cita á este propósito un caso notable de un niño curado por el agua del mar. También se corrigen los estados catarrosos por debilidad ó astenia, y pueden obtenerse beneficios en el histerismo.

Dice que la talasoterapia tiene muy pocas contraindicaciones cuando se aplica de un modo reflexivo, teniendo en cuenta las condiciones atmosféricas y las diferencias que existen entre las costas del Norte y las del Mediodía.

Se lamenta de que en costas tan extensas como las de España no exista otro sanatorio marino que el de Chipiona, en donde las temperaturas mínimas son de 11 á 16 grados, sin descender nunca á 0.

Protesta del proyecto que, según sus noticias, existía de dedicar á sanatorios marinos antiguas edificaciones que no reunen las condiciones necesarias, puesto que han estado destinadas á lazaretos.

Aboga porque las cantidades presupuestadas para habilitar dichos edificios se destinen, procurando ampliarlas, á la construcción de establecimientos *ad hoc*, y termina manifestando que por su amor á esta clase de instituciones y por el temor de que la mala aplicación de la talasoterapia acarree su desprestigio, pedía á la Academia que influyera en las esferas oficiales para evitar que se destinen á sanatorios marinos edificios que, por su emplazamiento y malas condiciones, carecen de las condiciones necesarias.

El Dr. *Alonso Sañudo* hace presente que, por convenio internacional, España se obligó á crear dos lazaretos: uno en el Cantábrico y otro en el Mediterráneo, y que elegidos para este objeto el de San Simón y el de Mahon, quedaban sin aplicación ninguna los demás edificios del Estado destinados á lazaretos, que están enclavados en los mejores sitios, especialmente el de Padrón, que lo está en uno de los más bellos que pueden encontrarse en la

costa cantábrica, y que en tal situación fué consultado por un señor ministro y un subsecretario acerca del empleo que podía darse á los mencionados edificios, proponiendo por su parte que se destinasen á sanatorios.

Termina diciendo que sin duda al Dr. Tolosa le habían facilitado noticias equivocadas, que le habían inducido á impugnar un proyecto que estimaba beneficioso.

El Dr. *Tolosa* rectifica manifestando que, según informes que tenía por verídicos, pensaba destinarse á sanatorio el lazareto de la Oza, que carecía de condiciones para tal objeto.

El Dr. *Espina* presenta á la Academia la radiografía de uno de los heridos en el atentado anarquista del 31 de mayo, cuyo proyectil se hallaba implantado en la cabeza del astrágalo, para que los Sres. Académicos puedan apreciar la fuerza de penetración de los proyectiles de la bomba explosiva.

El Dr. *Larra* lee unas conclusiones de un extenso trabajo del Dr. Semprún acerca del tratamiento de la tuberculosis por la antipneumokochina.

Incompatibilidad de los calomelanos. — El Dr. *Iglesias*, reanudando el débate sobre la supuesta incompatibilidad de los calomelanos con el cloruro de sodio, dice que tanto interés entraña en su opinión las conclusiones sobre la supuesta incompatibilidad de los mencionados agentes, que no se podía excusar de exponer algunas consideraciones sobre el asunto, después de unir su felicitación á las que otros Sres. Académicos habían tributado al comunicante.

Ante todo había de exponer, que la investigación exclusivamente química hecha por el Dr. Rodríguez Carracido, exigía para su aplicación á la terapéutica otras de carácter fisiológico, excitando con este motivo á los Sres. Académicos para que no dejasen pasar una materia tan transcendental sin hacer, en obsequio de la ciencia y esplendor de la Academia, experiencias de carácter fisiológico.

El problema de la incompatibilidad de los calomelanos con el cloruro de sodio no es desconocido en Medicina, pues ya en 1863 Capelle manifestó que la unión de los calomelanos con los cloruros alcalinos daban por resultado un compuesto peligroso, y pocos años después, Proust consignó que de la unión de los calomelanos con el cloruro resultaba una cantidad de cloruro mercúrico. Poco tiempo después, en Alemania, se registró un caso de envenenamiento por el empleo de los calomelanos unidos al cloruro amónico. Que Petenkoffer afirmó también que de la unión de los calomelanos con el cloruro sódico resultaban cantidades de cloruro mercúrico, y que Mialhe, en 1840, después de un caso de envenenamiento en un niño, publicó en el *Diario de Farmacia y de Química*, de Francia, un interesante artículo, consignando igualmente que de la unión del calomel y del cloruro de sodio resultan proporciones evidentes de cloruro mercúrico. Que el mismo Mialhe, algunos años más tarde, en sus estudios sobre las aplicaciones de la química á la fisiología y á la terapéutica, amplió de un modo considerable sus investigaciones acerca de esta interesante materia, y consignó el fruto de sus observaciones en un libro que llamó notablemente la atención y del cual existen dos ejemplares en la Biblioteca de la Academia.

Estas investigaciones de Mialhe dieron motivo al Dr. Asuero para

su demostración acerca de los resultados de la unión de los calomelanos con el cloruro mercúrico. Que después de estos estudios no cabe duda acerca de la incompatibilidad de los calomelanos con los cloruros alcalinos, y en tal sentido se consigna en todas las obras modernas en que se trata de este asunto, expresándose también así en el *Tratado de Terapéutica* de Trousseau y en el Formulario de dicho ilustre maestro, en la que al tratar de la incompatibilidad de los medicamentos, se dice que los calomelanos son incompatibles con los cloruros alcalinos, con el ácido cianhídrico y todos los compuestos que contengan este ácido. Que la misma doctrina ha sido aceptada por todos los autores de Terapéutica y de Farmacia, entendiendo todos por incompatibilidad de los medicamentos, los resultados que produce la unión de dos ó más substancias que por su acción química determinan la formación de una substancia inactiva ó un cuerpo tóxico y peligroso, admitiendo tres clases de incompatibilidades: física, química y fisiológica.

Come consecuencia de esta doctrina, se proscribe en todas las obras la unión de los calomelanos con los cloruros alcalinos, y en esta situación estaba este punto de doctrina cuando en el año 1850, en la Sociedad de Terapéutica de París (sesión del 25 de julio de dicho año) se hicieron algunas manifestaciones respecto á este punto de doctrina, declarando que si se formaba cloruro mercúrico por la unión de los calomelanos con los cloruros alcalinos, era por el contacto con el aire, y que la proporción de esta sal mercúrica era tan pequeña, que no podía considerarse el cloruro mercúrico que se producía como agente peligroso en el tratamiento de las enfermedades.

Hay que considerar que un profesor tan distinguido como Binler, que estudió tan profundamente la acción medicinal de los medicamentos, consignaba que si bien es verdad que por la unión de los calomelanos y de los cloruros alcalinos se produce el cloruro mercúrico, esta acción era muy dudosa y que eran muchas las influencias que podían determinar la proporción de dicha sal mercúrica.

Si no había entendido mal, el Dr. Rodríguez Carracido manifestó que había demostrado, sin género alguno de duda, la existencia del cloruro mercúrico por la acción del cloruro mercurioso de la disolución fisiológica del cloruro de sodio, y que aunque no entendió en qué proporción se producía esta sal mercúrica, cosa á su entender necesaria, el Dr. Carracido dijo que la cantidad era pequeña y no llegaba á ser tóxica.

Que si el Dr. Rodríguez Carracido había declarado que efectivamente se formaba el cloruro mercúrico por la unión del cloruro sódico con los calomelanos, entendía que sus afirmaciones no sólo no se oponían á la incompatibilidad admitida en la ciencia, sino que más bien eran fundamento para persistir en tales ideas. No cabía negar que se habían producido envenenamientos por la administración de los calomelanos unidos á los cloruros alcalinos, y tampoco cabía poner en duda que la experimentación fisiológica no ha demostrado lo contrario.

Tampoco puede caber duda de que en circunstancias especiales puede producirse en el organismo alguna cantidad de cloruro mercúrico, y que la susceptibilidad individual es otro factor importantísimo. De modo

que, dadas estas condiciones, nadie puede estar seguro de no contraer gran responsabilidad asociando los calomelanos á los cloruros alcalinos; y como quiera que el primer deber del médico es no hacer daño, habiendo, como hay, casos indudables de envenenamiento por la unión de los cloruros alcalinos á los calomelanos, hasta no demostrarse por la investigación que esa proporción de cloruro mercúrico resulta inofensiva, entendía que debía mirarse con mucho cuidado un asunto que puede ser de transcendentales consecuencias; y que para él seguía siendo evidente, no sólo por las doctrinas de que había hecho mérito, sino por las mismas manifestaciones del Dr. Carracido, que existía dicha incompatibilidad, y que teniendo en cuenta que podía variar considerablemente la composición sanguínea con las circunstancias individuales, y que podían variar también los cloruros según las cantidades que haya en el jugo gástrico y la alimentación; precisa, mientras datos experimentales no demuestren lo contrario, conservar la doctrina admitida de la incompatibilidad, que tenía, en su concepto, sólido fundamento.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la acción de los calomelanos, aunque para algunos muy clara, ofrece, sin embargo, grandes dificultades, porque varían considerablemente las condiciones individuales y varían también de un modo extraordinario las circunstancias en que puede encontrarse el sujeto, variación que puede producir grandes modificaciones en la cantidad de sales de mercurio que dé por resultado la unión del cloruro mercúrico con los calomelanos.

Opina, en resumen, que los datos que con su habitual elocuencia había expuesto el Dr. Carracido, no sólo no contrariaban la doctrina admitida por la ciencia respecto á la incompatibilidad de los calomelanos con los cloruros alcalinos y ácido clorhídrico, sino que antes bien le confirman en las ideas que hasta ahora se habían admitido, lo cual no quiere decir en modo alguno que los trabajos é investigaciones del Dr. Carracido no sean dignos de toda clase de consideración por parte de la Academia, diciendo lo mismo de los estudios que expuso á la consideración de la misma el Dr. Puerta, siendo tanto los de éste como los del Dr. Carracido datos puramente químicos, pero que los médicos no podían aplicar sin otros datos que son absolutamente necesarios para formar el juicio claro y definitivo que se debe tener respecto á un punto de tanta transcendencia.

PERIÓDICOS

Un caso de fosforismo crónico. — D. Miguel Castañer y Viñeta, publica en la *Revista Balear de Ciencias médicas*, el caso clínico relativo á un enfermo de cuarenta y cinco años de edad, temperamento linfático, constitución medianamente robusta, obrero ocupado en la confección de pasta fosfórica para cerillas, á cuyo trabajo hacía diecinueve años se dedicaba.

Hace unos nueve años adquirió hábitos alcohólicos, hasta el punto que en sus alternativas de mayor ó menor consumo de líquidos espirituosos llegó á presentar accesos de alcoholismo agudo, persistiendo la costumbre

con moderación en los últimos años, ya que no bebía más que los domingos y fiestas solemnes.

Hace año y medio, aproximadamente, notó que el trabajo de su arte, sin ser penoso ni requerir grandes esfuerzos, le producía fatiga bastante acentuada y cierto abatimiento, contrastando esto con que anteriormente siempre lo había sobrellevado sin la menor molestia, acentuándose dicho abatimiento lenta y progresivamente en los períodos catarrales que con harta frecuencia padecía; las cosas llegaron al extremo de verse obligado á abandonar la ocupación que era la base de su sustento. Indicó además un fenómeno que experimentaba desde que tomó el cargo de manipulador de pasta fosfórica, y era que por las noches, en la obscuridad, su aliento era fosforescente, cuyo brillo aumentaba en la expiración violenta por sacudida de tos.

Al observarle el Dr. Castañer, hacía más de un mes guardaba cama á consecuencia de un catarro bronquial, con disnea ó dificultad respiratoria que le obligaba á mantener continuamente día y noche la posición sentada; el decúbito supino le era imposible, porque súbitamente se sentía acometido de gran asfixia.

A la inspección era de notar su intensa palidez y la gran dificultad respiratoria, que afectaba la forma de aceleramiento de los movimientos de inspiración y expiración, sin acentuarse los rasgos característicos del asmático que dibujan los esfuerzos de los músculos inspiratorios, y sugiriéndole intuitivamente el cuadro que se trataba de un cardíaco. A la auscultación se observan en ambos pulmones estertores diseminados de grandes y pequeñas burbujas, y otros sibilantes, murmullo vesicular poco marcado, y á la percusión, sonoridad en los ámbitos de los dos pulmones. Tenía mucha tos y la expectoración era abundante, viscosa y aireada.

Explorado el aparato circulatorio, da la noción de aumento pleximétrico de la zona cardíaca, con debilitación de sus ruídos en los focos de auscultación, y amortiguados los latidos; taquicardia, pulso rítmico y sincrónico en ambas radiales y con la contracción del miocardio.

Aparato digestivo: Lengua saburral, pastosa y sabor aliáceo. La digestión gástrica y la intestinal en la actualidad se cumplen bien; en otro tiempo tuvo diarreas, y en algunas épocas inapetencia. Los anexos del aparato digestivo ofrecían: el hígado la característica de aumento de volumen, sin abolladuras ni puntos dolorosos, y el bazo estaba ligeramente abultado. El aparato renal permanecía intacto; las orinas eran más bien escasas, de color encendido y por enfriamiento depositaban un sedimento de color rojo.

En vista de este síndrome, instituyó un tratamiento cardiotónico, que en una forma ú otra no dejó de tomar un solo día, y teniendo en cuenta su oficio de manipulador de pasta fosfórica, le prescribió la esencia de trementina, que tomaba á la dosis de gramo y medio diario. A pesar de todos los esfuerzos, la lesión cardíaca fué progresando paulatinamente; el pulso se hizo pequeño, difícil de percibir; lo mismo que el corazón, que casi no dejaba sentir el choque de su punta y apenas si se oían sus ruídos; los tegumentos cobraron un tinte cianótico, se cubrieron de un sodor frío, hasta que por último sobrevino el colapso, que le arrebató la existencia el 26 de noviembre de 1905. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

Sesión del día 3 de Julio de 1906.

Tiflocolitis y apendicitis.—El Dr. Blanchard: Estoy convencido de que un gran número de apendicitis y de enterocolitis no tienen otra explicación que la presencia de lombrices en el interior del intestino. Los huéspedes habituales del intestino son los ascárides lumbricoides, los oxiuros y los tricocéfalos. El ascárides lumbricoides, que normalmente se encuentra en el intestino delgado, puede descender al intestino grueso y hasta penetrar en el apéndice. El ascárides no es inofensivo, como ordinariamente se cree, sino que puede determinar accidentes debidos á la erosión de la mucosa y á la penetración de su cabeza hasta la submucosa; la existencia de lesiones de este género es conocida desde hace mucho tiempo. En cuanto al oxiuro, también rasga la mucosa y llega hasta la submucosa, y en contacto con los filetes simpáticos determina dolores extremadamente violentos, análogos á los de la enteritis. En los tres interesantes casos señalados por Metchnikoff se trataba de enfermos que habían sufrido crisis de apendicitis de repetición; se iba á proceder á la intervención cuando el examen deliberado de las materias fecales permitió descubrir la presencia de huevos de tricocéfalos y de ascárides; los enfermos curaron por la administración de antihelmínticos. Desde entonces se han citado varios casos análogos.

El modo de acción del tricocéfalo es el siguiente: su parte anterior, muy delgada y fina como una aguja, camina por debajo de la mucosa, se mantiene por debajo del epitelio y llega en contacto de los plexos nerviosos y de los vasos, cuya sangre absorbe. La teoría helmintiásica de las afecciones intestinales explica ciertos casos de epidemias estacionales ó familiares de apendicitis, sobre todo en los meses de calor. De estos hechos se desprenden reglas de profilaxis y de tratamiento: 1.°, siendo transmitidos los parásitos de este género por las aguas de bebida, y sobre todo por las aguas de riego y de pozo, conviene evitar su empleo; 2.°, es necesario someter todos los casos de apendicitis al tratamiento antihelmíntico. Como que con más frecuencia se trata del tricocéfalo, es necesario recurrir al timol, que los niños soportan tan bien como los adultos. Además, conviene oponerse á la costumbre que tienen los hortelanos de ciertas regiones de regar las plantas comestibles con diluciones de materias fecales humanas.

El Dr. Huchard: En ciertos casos de apendicitis, el dolor se localiza anormalmente en la región epigástrica. Desde este punto de vista recordaré un enfermo tratado durante dieciocho meses por crisis de hiperclorhidria, cuando lo que tenía era una apendicitis; no existía el punto de Mac-Burney, y todo el cuadro sindrómico se reducía á dolores paroxísticos en el

epigastrio, acompañados de náuseas y vómitos. La operación demostró un apéndice enfermo y el paciente curó. La enterocolitis es con frecuencia una neuralgia, un espasmo, una alteración secretoria sin ninguna clase de inflamación, igual que la dismenorrea; sólo existen lesiones superficiales del epitelio glandular, sobre todo en las glándulas mucosas. La enterocolitis, síndrome morboso cuyas causas son numerosas y variadas, no puede en tal caso propagarse al apéndice; únicamente es capaz de hacerlo cuando, además de las alteraciones secretorias, hay una infección verdadera del intestino, pero en este caso la que se propaga es la infección.

CODINA CASTELLVÍ.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 4 de Julio de 1906.

Modificación de la técnica de la prostatectomía transvesical. — El Dr. *Legueu* leyó un informe acerca de un trabajo dirigido á la Sociedad por el Dr. P. Duval. Este, necesitando extirpar una próstata por la vía transversal á un enfermo de cincuenta y seis años, practicó la operación á través de la vejiga, ámpliamente abierta y mantenida separada; la próstata fué extirpada con tijeras, la uretra fué cortada á la vista y separada con un hilo, y, una vez que se extirpó la próstata, suturada á la vejiga de modo que la cavidad que resultó de la ablación prostática, quedó cubierta completamente de mucosa. Se dejó aplicada una sonda, cerrándose por completo la vejiga. La reunión se obtuvo por primera intención, la sonda se suprimió á los once días y desde entonces el enfermo orina espontáneamente.

A este propósito hizo el Dr. Legueu una crítica severa de la conducta seguida por el Dr. Freyer después de su operación. La hemostasia no es perfecta, y confiar en el agua caliente para obtenerla es poco quirúrgico; de aquí las hemorragias inmediatas y secundarias mortales; además, á pesar del grueso tubo que coloca en la vejiga, el desagüe está mal asegurado, y la cavidad prostática y el bajo fondo quedan abiertos á la infección. En este sentido, la tentativa del Dr. Duval constituye una buena innovación respecto á lo que se ha hecho hasta ahora; cubrir con mucosa las superficies cruentas es cerrar las bocas vasculares, oponer una barrera á la infección y, á causa de esto, los cuidados operatorios pueden simplificarse. No obstante, la maniobra es algo delicada; exige un amplio espacio, y aun así no es posible siempre ó es muy difícil en los enfermos gruesos ó de próstata voluminosa. En ocasiones hasta puede ser peligrosa; hay enfermos infectados que sólo pueden curar por el desagüe. En estos casos, el Dr. Legueu tapona la cavidad prostática para asegurar la hemostasia y evitar las hemorragias graves; además coloca en la vejiga el tubo doble de Guyon-Perier, con el que el desagüe es excelente; por último, coloca lo antes posible una sonda permanente, que es uno de los mejores medios de desagüe vesical. Desde que sigue esta práctica no ha observado accidente alguno.

Sea la que fuere, la posibilidad de la sutura total y de la reunión por

primera intención constituye una nueva superioridad de la prostatectomía transvesical sobre la perineal.

Divertículo de la vejiga.—El Dr. *Chaput* refirió el caso de una enferma de cincuenta años, que desde algunos meses antes tenía hemorragias abundantes por la vagina y deseos frecuentes de orinar. Al reconocerla se observó que la vagina estaba llena por un tumor voluminoso, duro, desarrollado á expensas del cuello uterino; por la palpación bimanual se notaba que el cuello del útero, duro y aumentado de volumen, sobresalía varios traveses de dedo por encima de la sínfisis pubiana.

Se hizo el diagnóstico de fibromas uterinos. El Dr. Chaput se propuso, ante todo, extirpar el tumor vaginal. Pero al incindir este tumor observó con gran sorpresa que no se trataba de un fibroma, sino de una bolsa quística, cuyo contenido era de olor urinoso fuerte; la cavidad revestida de mucosa análoga á la de la vejiga y, además, infiltrada de sales calcáreas, le hicieron pensar se encontraba en presencia de un divertículo vesical, formado en el bajo fondo de la vejiga y que se había introducido poco á poco en el cuello uterino por disgregación progresiva de los elementos de su pared. El orificio de comunicación de este divertículo con la cavidad vesical no pudo ser descubierto. En los días que siguieron á la operación, la enferma tuvo fiebre elevada y derrame vaginal fétido esfacélico, que cedieron poco á poco por los lavatorios de la bolsa con agua oxigenada. La bolsa fué cerrándose paulatinamente, y en la actualidad, después de varios meses, todo indicio de divertículo va desapareciendo; el cuello ha recobrado su volumen y consistencia normales.

El cuerpo del útero sigue siendo voluminoso á causa del fibroma que contiene.

El diagnóstico que puede hacerse en este caso — rarísimo, pero no único — es el de quiste de la vagina abierto secundariamente en la vejiga, y que en su desarrollo incluyó el cuello del útero, pero la primera hipótesis —divertículo vesical desarrollado secundariamente en el cuello—es más verosímil.

Fractura supramaleolar viciosamente consolidada. — El Dr. *Chaput* narró el caso de un enfermo de cincuenta años tratado en el hospital Laënnec en 1904, por una fractura tibioperonea inferior. El enfermo fué anestesiado y se colocó un aparato de escayola, que permaneció aplicado cuarenta días. Al separarse el apósito el pié se desvió progresivamente hacia fuera, y cuando el Dr. Chaput vió al enfermo en 1905, tenía una gran desviación en valgus con elevación notable de la región maleolar interna. Hizo una resección cilíndrica del peroné por encima de la articulación y otra cuneiforme supramaleolar en la extremidad inferior de la tibia (3 centímetros). Una vez extirpados todos los tejidos óseos, fué fácil hacer la reducción. El miembro quedó inmovilizado por espacio de cuarenta días. La consolidación fué perfecta y la pierna conservó la integridad de sus movimientos.

El Dr. *Berger* preguntó si en este caso una simple osteotomía transversal de los dos huesos de la pierna hubiera permitido la reducción.

El Dr. *Chaput* contestó que intentó limitar su intervención á esta osteotomía simple, pero que fué insuficiente, y tuvo que recurrir á la resección cuneiforme.

El Dr. *Berger* dijo que convenía haber completado la osteotomía simple por la sección del tendón de Aquiles.

El Dr. *Quénu* manifestó que había tratado varias deformidades de este género, necesitando casi siempre, como el Dr. Chaput, hacer la resección más ó menos extensa de la tibia y del peroné.

La compresión como medio de tratamiento del tumor blanco de la rodilla.—El doctor *Nélaton*, á propósito del enfermo de tumor blanco de la rodilla tratado con éxito por el Dr. Walther por el método esclerógeno, citó el caso de un joven que padecía artritis fungosa de la rodilla de forma de hidrartrosis crónica, en el que empleó como único tratamiento la compresión simple algodonada, que prolongó por espacio de dieciocho meses. El resultado, desde el punto de vista de las funciones articulares, fué tan bueno como el obtenido por el Dr. Walther con las inyecciones esclerógenas. Este joven acaba de ser incorporado al ejército.

El Dr. *Walther* no niega que la inmovilidad y la compresión sean suficientes para producir buenos resultados en las formas atenuadas; pero su enfermo padecía lesiones articulares y óseas, las que no existían en el del Dr. Nélaton, y en estos casos relativamente graves está indicado el método esclerógeno.

Osteocondroma de la mandíbula inferior. — El Dr. *Mauclaire* presentó un hombre de cincuenta años, al que había resecado la mitad media de la mandíbula inferior por un tumor bastante voluminoso desarrollado en pocos meses, y al que se diagnosticó de sarcoma. El examen histológico demostró que se trataba de un osteocondroma.

El Dr. *Sebileau*, á propósito de este caso y de lo difícil que suele ser diagnosticar con exactitud los tumores de la mandíbula sólo por los signos clínicos, cree que antes de practicar una operación tan mutiladora como la resección típica de la mandíbula, conviene primero hacer una incisión exploradora y amoldar después la conducta—resección típica ó atípica, económica ó simple raspado—según los caracteres del tumor puesto así al descubierto.

Ha seguido, y no tiene por qué arrepentirse, esta conducta en tres casos de tumores de la mandíbula que presentaban signos clínicos de sarcoma y que resultaron ser uno fibroma y dos quistes del maxilar.

Estrechez cicatrizal del ureter.—El Dr. *Legueu* presentó una enferma cuyo ureter había sido lesionado durante una histerectomía, y que, á consecuencia de este accidente, tuvo una fístula ureterovaginal. Esta fístula se cerró poco á poco por retracción cicatrizal del ureter, pero además produjo una uropionefrosis que obligó á intervenir. El Dr. Legueu practicó una laparotomía lateral subperitoneal para descubrir el sitio donde estaba estrechado el ureter, pero le fué imposible descubrirlo, y para conseguirlo necesitó abrir el peritoneo; una vez descubierto, cerró la herida peritoneal, disecó el ureter, resecó su extremo inferior cerrado é implantó el superior en otro punto de la vejiga (uretero-cisto-neostomía extraperitoneal). La operación dió resultados excelentes; las crisis dolorosas y la fiebre, debidas á la retención renal, cesaron al punto y para siempre. El estado de esta mujer no puede ser más satisfactorio, lo que prueba que el ureter restaurado funciona perfectamente.

Eficacia del agua salada en las tuberculosis articulares supuradas abiertas.—El Dr. *Reynier* presentó un enfermo al que había resecado el codo por tuberculosis supurada abierta. Para combatir la supuración secundaria abundante, consecutiva á la operación, empleó los baños salados y las curas con agua salada (dos baños de brazo por día, de tres horas de duración cada uno, con 5 á 6 litros de agua caliente, mezclados con 50 á 60 gramos de aguas madres de Saliés; al salir del baño el miembro era envuelto en compresas empapadas en la misma disolución). En este caso la acción excelente del agua salada sobre la nutrición de los tejidos fué maravillosa, y el Dr. Reynier recomienda dicho método terapéutico, de preferencia á la resección, en el tratamiento de las tuberculosis articulares supuradas abiertas, que, en particular cuando se trata del codo, son muy graves.

El Dr. *Quénu* dijo que no debe dejarse pasar sin protesta esta última afirmación del Dr. Reynier. La resección del codo por tuberculosis no es peligrosa ni origina más que supuraciones post operatorias benignas, y sus resultados terapéuticos son excelentes.

Cáncer de la porción inferior yuxtavesical del ureter.—El Dr. *Albarran* presentó la pieza patológica extirpada la víspera á una mujer de treinta y cuatro años, la que desde dos años antes padecía hematurias de caracteres neoplásicos manifiestos. La citoscopia había permitido descubrir en el orificio del ureter derecho un tumorcillo epiteliomatoso. Existían signos de retención renal; el riñón estaba algo aumentado de volumen y doloroso á la presión. La operación, que consistió en resecar por la vía abdominal subperitoneal la porción de ureter enferma y un collar vesical, fué bastante difícil á causa de las adherencias de la neoplasia con los tejidos inmediatos. Terminada la operación fué imposible pensar en reimplantar el extremo inferior del ureter en la vejiga por su poca longitud. El Dr. Albarran se limitó á hacerlo desembocar en el ángulo superior de la herida del abdomen; esta fístula ureterocutánea es provisional, pues el Dr. Albarran cree que se verá obligado á sacrificar el riñón, lo que no ha hecho al resecar el ureter por el mal estado de la enferma.

El Dr. *Guinard* preguntó al Dr. Albarran por qué no había preferido la ureterocolostomía.

El Dr. *Albarran* contestó que hubiera sido una operación más larga y más peligrosa que la nefrectomía.—(*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

XV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Celebrado en Lisboa del 19 al 26 de Abril de 1906.

(Continuación).

Tratamiento de la luxación congénita de la cadera. — El Dr. Kirmisson : La reducción incruenta de las luxaciones congénitas de la cadera, estando el enfermo cloroformizado, aunque da pocas veces resultados anatómicos perfectos, es susceptible de producir, desde el punto de vista funcional, resultados útiles. Las estadísticas de los diversos autores difieren bastante

unas de otras. Según unas estadísticas, los éxitos llegan al 70 y hasta al 85 por 100, mientras que, según otras, sólo son de 30 y hasta 20 por 100. Aceptando con el Dr. Lorenz el término medio de 52 por 100 para los resultados anatómicos favorables, nos aproximamos más á la verdad. Convendría que en adelante se apreciaran con mayor exactitud los resultados y se llamaran reducciones sólo á los casos en los que la cabeza, situada en la cavidad cotiloidea, tiene con la arteria femoral sus relaciones normales y la articulación posee la integridad de sus movimientos.

Todos los cirujanos, excepto el Dr. Narath, creen que el pronóstico de las luxaciones unilaterales es más benigno. En las luxaciones dobles sólo en casos excepcionales el resultado es igualmente favorable en ambos lados. Se observa casi siempre que se obtiene la reducción sólo en un lado, mientras que en el opuesto hay únicamente transposición y hasta nueva luxación. Este hecho concuerda con lo que se observa en la evolución de la luxación bilateral abandonada á la naturaleza, pues muchas veces la lesión cura espontáneamente en un lado mientras que en el opuesto continúa su marcha progresiva. El examen radiográfico es incapaz casi siempre de explicar estas diferencias.

No es posible precisar en qué edad debe intervenirse, puesto que se han obtenido éxitos en un niño de dieciocho meses y en otro de quince años. Puede decirse, en general, que la edad más favorable es el período comprendido entre los tres y cinco años.

Respecto al manual operatorio, creo que los métodos de fuerza, y en particular las tracciones violentas, deben desecharse en absoluto. Estos medios son los que determinan accidentes graves, fracturas, desgarros de los tejidos blandos y lesiones nerviosas. Lo mejor es volver á la idea primitiva del Dr. Paci, es decir, emplear métodos nada bruscos, como en el tratamiento de las luxaciones traumáticas ó patológicas.

Sigo fiel á la técnica aconsejada por el Dr. Lorenz, es decir, á la reducción en dos tiempos, siendo colocado el miembro primero en flexión combinada con abducción en ángulo recto, para llegar, por último, á la extensión asociada á la rotación hacia dentro. Es el procedimiento más seguro, porque permite la retracción de la parte posterior de la cápsula y evita la nueva luxación.

En vez de las tentativas muy violentas ó prolongadas, prefiero repetir los ensayos de reducción. Si se comprueba el fracaso, lo mejor es recurrir al método cruento. La gravedad en este caso es debida á la formación de la cavidad cotiloidea, así que debe evitarse en lo posible, contentándose, como lo hago hace mucho tiempo, con la artrotomía. Cuando la curación es imposible á causa de la edad del enfermo ó del grado de la luxación, presta grandes servicios la osteotomía subtrocanteriana, porque permite colocar el miembro en posición favorable.

El Dr. Lorenz: Desde que dí á conocer hace nueve años mi procedimiento de reducción incruenta de la luxación congénita de la cadera, mi técnica no ha variado. Las modificaciones introducidas son insignificantes ó contrarias al resultado apetecido y, por consiguiente, más bien perjudiciales. Además, el método empleado para obtener la reducción importa conviene que el cirujano conozca bien todos los procedimientos para

que si fracasa con uno pueda recurrir á otro ó combinar los dos si es necesario.

En los niños de edad se emplea de preferencia el método de extensión. Como posición primitiva se elige por medida de precaución la abducción en ángulo recto, aunque la estabilidad permitiera adoptar una posición menos molesta. Sólo en el caso de estabilidad primitiva insuficiente se inmoviliza por el pronto el fémur en ligera hiperextensión con abducción regular, que excede de 90°. Las luxaciones dobles deben ser reducidas, á ser posible, en una misma sesión.

El tiempo que debe durar la inmovilización depende de la edad del niño y de la estabilidad primitiva de la luxación. En una edad relativamente avanzada (cinco años ó más) no es necesario prolongar demasiado la inmovilización á causa del peligro de anquilosis que corre la articulación; no obstante, una mala estabilidad primitiva exige fijar el miembro durante algún tiempo. En los niños más jóvenes, con estabilidad primitiva defectuosa, la posición en abducción primitiva puede ser mantenida por espacio de un año ó más sin temor á la anquilosis.

El objeto que nos proponemos alcanzar por el tratamiento post operatorio varía, según se trate de enfermos que tengan ó no más de cinco ó seis años. En los niños de menos de cinco ó seis la abducción primitiva en ángulo recto se corrige, por decirlo así, espontáneamente en poco tiempo, pero esta corrección espontánea, rápida, aumenta el peligro de recaída. El tratamiento post operatorio en este caso no consiste sólo en vigilar la corrección de la posición primitiva, sino también en hacerla más lenta, lo que se consigue manteniendo durante bastante tiempo en abducción habitual la articulación reducida por medio de un talón de 1 á 2 centímetros y medio de altura en el lado sano. Conviene asimismo procurar que la posición en ángulo recto de la articulación reducida sea siempre fácil de restablecer. Se emplea con este objeto un apósito de escayola (análogo al que se emplea en el tratamiento de la espondilitis) que durante la noche mantenga la pierna en abducción en ángulo recto. La posición primitiva se restituye también por la gimnasia. Los niños de poca edad, en quienes se ha practicado la reducción doble, pueden sentarse sobre su periné con las piernas separadas en ángulo recto.

En los niños de más de cinco ó seis años las articulaciones reducidas suelen ser atacadas de rigidez. El peligro de la nueva luxación es menor, por consiguiente, pero en cambio es más difícil corregir la abducción primitiva. Por este motivo permanecen inmóviles menos tiempo y se principia el tratamiento por movimientos acentuados de abducción. A veces no es posible corregir ésta por los medios gimnásticos ó mecánicos sin peligro de producir una fractura. En este caso es preciso acortar el tratamiento practicando la osteotomía intertrocanteriana del fémur. Si á consecuencia de las malas condiciones de la extremidad superior del fémur (acortamiento considerable del cuello que recuerda la configuración del húmero), la corrección gimnástica de la abducción primitiva expone á la recidiva, es preciso hacer la corrección practicando la osteotomía intertrocanteriana.

Los límites de edad para la reducción incruenta son hoy mucho más extensos, gracias á las mejoras en la técnica y á la prudencia con que se em-

plea; pero la experiencia ha demostrado que en los niños de edad relativamente avanzada la operación, aunque eficaz, nunca da tan buenos resultados como en los más jóvenes. Desde el punto de vista práctico, pueden admitirse tres clases de resultados:

1.° El resultado ideal es la verdadera reducción anatómica concéntrica. Suponiendo la restitución completa de la fuerza muscular, que exige bastante tiempo para conseguirse, estos casos representan (exceptuando la deformidad ligera que persiste) la restitución anatómica; es la restitución funcional *ad integrum*. Según diversas estadísticas, la proporción de estos excelentes resultados es del 50 por 100 poco más ó menos, de modo que puede decirse que casi la mitad de los casos curan por completo.

2.° En la mayor parte de la mitad restante se observa la posición subespinal de la cabeza del fémur, la cual, desde el punto de vista funcional, es satisfactoria, sobre todo si la musculatura se halla en buen estado.

3.° En un número relativamente limitado de casos se obtienen resultados menos favorables, pero que, en comparación con el estado anterior, representan una ventaja importante desde el punto de vista de la resistencia para la marcha.

Entre estos resultados, en cierto modo deficientes, merece citarse en primer término la «aplicación lateral» de la cabeza del fémur que se dirige por debajo y algo hacia fuera de la espina ilíaca anterior superior, y dirigida hacia adelante por su polo anterior, mientras que el trocánter se encuentra dirigido hacia atrás, de modo que toda la pierna está en rotación hacia fuera. La flexión y extensión de la cadera son limitadas, la rotación hacia dentro nula, porque la cabeza del fémur, dirigida hacia adelante, se apoya directamente contra la cara lateral del hueso ilíaco.

En casos extraordinarios esta aplicación lateral es estable y la cabeza no se luxa hacia atrás. La cojera no disminuye gran cosa en esta posición, pero la facilidad para la marcha es mucho mayor y llena las exigencias moderadas. Es preciso, por lo tanto, aconsejar dicha posición á falta de otra mejor en todos los individuos que se encuentran en el límite de la reductibilidad ó que le han pasado ya. Es necesario después, por medio de miorrexis, de los adductores, colocar la articulación en abducción y en extensión exagerada por el enderezamiento, mantener el fémur inmovilizado por espacio de tres ó cuatro meses en esta posición que, aun en el caso de reducción de una luxación doble, permite la marcha.

En la luxación doble irreducible, la lordosis patológica desaparece en gran parte, y hasta por completo, una vez obtenida la aplicación lateral.

El tratamiento de la luxación congénita *irreducible*, que consiste en transformar la contractura en adducción y flexión (habitual en la luxación inveterada) en actitud contraria (abducción con extensión exagerada), puede designarse con el nombre de *inversión*. Es preferible, desde todos los puntos de vista, á la osteotomía subtrocanteriana, que persigue el mismo fin, pero que tiene el inconveniente de acortar el fémur por la corrección excéntrica de la contractura de la cadera. Es de necesidad absoluta evitar todo acortamiento, porque la desproporción entre la longitud del tronco y la de las piernas, es uno de los mayores defectos estéticos en los enfermos afectados de luxación doble. Además, la osteotomía subtrocanteriana deja

la cabeza del fémur en su posición patológica, mientras que con la inversión incruenta queda en posición más favorable y tiene, en parte, un punto de apoyo óseo. Finalmente, la inversión no exige ni operación cruenta ni permanencia en el lecho.

El Dr. C. de Lima: Para que el tratamiento de la luxación congénita de la cadera sea verdaderamente metódico, útil y sistemático, necesita ser precoz. Es decir, que conviene se vulgarice el conocimiento de esta deformidad. En la mayor parte de los casos, el tratamiento preferible es el método de Paci-Lorenz más ó menos modificado. En los casos difíciles, cuando las maniobras incruentas han fracasado, puede recurrirse al método cruento. Cuanto á las luxaciones congénitas irreducibles con todos los procedimientos de tratamiento, consistirá en corregir ó atenuar la actitud deficiente del miembro, bien por amasamiento de los adductores con inmovilización en posición opuesta, bien por osteotomía subtrocanteriana por el método de Kirmisson.

El Dr. Redard: Los resultados de la reducción incruenta de la luxación congénita de la cadera son tanto mejores cuanto menor es la edad de los enfermos. En el 70 por 100 de los casos se obtienen reducciones anatómicas; en el 20 por 100 transposiciones con resultados funcionales bastante buenos, y en el 10 por 100 mejorías ligeras. Insisto de una manera especial sobre la importancia de la técnica y sobre la prudencia con que deben ser practicadas las maniobras de reducción. Conviene también disminuir lo posible el período de inmovilización para evitar la atrofia muscular y la anquilosis. He curado algunos enfermos manteniéndoles inmóviles en un solo aparato durante tres meses.

El Dr. Codivilla: Mi experiencia respecto á la reducción incruenta de la luxación congénita de la cadera se funda en 353 casos que he operado desde 1899. Este método debe ser considerado como el tratamiento normal de dicha deformidad, y es aplicable á todos los casos siempre que estén comprendidos en la edad más conveniente, según creo entre los dos y los seis años para las luxaciones unilaterales, entre los dos y los cinco para los bilaterales. Según mi estadística de los tres años últimos, en el 85 por 100 de los operados á tiempo se obtiene un resultado excelente anatómico y funcional. Empleo para reducir la luxación las maniobras de Paci y después el tratamiento consecutivo según el procedimiento de Lorenz.

El Dr. Barbarin: Los autores están de acuerdo acerca de los resultados excelentes obtenidos por la reducción incruenta, pero hay respecto á ella dos opiniones contrarias: unos aconsejan la inmovilidad en abducción forzada, adoptando progresivamente una posición menos exagerada del muslo, y en cambio otros colocan en seguida el miembro en abducción media y en flexión. En esta última actitud el contacto de la cabeza del fémur con la cavidad cotiloidea es indudablemente mucho más íntimo, y, por lo tanto, ésta se hace antes mayor. Pero decir que en todos los casos debe adoptarse dicha posición, es más teórico que práctico. Lo mejor es, después de la reducción en abducción, disminuir ésta lo más posible, permitiendo á la vez al muslo una flexión ligera. Nunca debe colocarse el miembro en abducción y en hiperextensión de modo que el muslo quede por encima del plano del cuerpo, porque en este caso ó la cabeza del fémur no se apoya más que so-

bre la parte anterior de la cápsula, ó bien sobresale de la cavidad y queda en transposición anterior. A propósito de la transposición, conviene advertir que la radiografía anteroposterior hace considerar como curación anatómica bastantes casos de simples transposiciones; la cabeza del fémur se encuentra bien colocada respecto á la cavidad cotiloidea, pero en un plano anterior.

Es necesario, por lo tanto, radiografiar las luxaciones reducidas, no directamente de delante á atrás, sino oblícuamente de atrás á adelante y de fuera á dentro.

El Dr. Gourdon: Creo que las luxaciones bilaterales deben ser reducidas en una sola sesión. Con las reposiciones anteriores, á las que es preciso recurrir cuando es imposible la reducción anatómica, se obtienen en general resultados excelentes desde el punto de vista funcional y estético.

Un nuevo síndrome. Hemiplegia de la laringe y de la lengua con ó sin parálisis del esternocleidomastoideo y del trapecio.— El Dr. A. García Tapia: La hemiplegia de la laringe, del velo palatino (faringe) y de la lengua, son los elementos esenciales cuya combinación constituye los síndromes estudiados hasta ahora. Hay también un elemento accesorio; la parálisis del esternocleidomastoideo y del trapecio del mismo lado, que, sumada á las anteriores, amplifica los síndromes sin que sea preciso introducir modificación alguna.

Examinemos á la ligera estas combinaciones. La frecuencia de la hemiparálisis de la laringe, acompañada de la del velo palatino del mismo lado, ha dado á dicho síndrome, estudiado á fondo por Avellis, cierta personalidad con el nombre de este ilustre especialista de Francfort.

A esta combinación sintomática se ha agregado la parálisis del esternocleidomastoideo y del trapecio (síndrome de Schmidt), que no es sino el síndrome de Avellis con participación de la rama externa del espinal. Si á la hemiplegia del velo y de la laringe se suma la de la lengua, el síndrome constituído así se llama de Jackson, y como los anteriores puede ir ó no acompañado de la parálisis de los músculos del hombro.

No explicaré minuciosamente los casos publicados hasta ahora; pero sí expondré algunos cuya característica es la asociación de la hemiplegia de la laringe y de la lengua, pero no del velo palatino. En estos casos pueden estar ó no paralizados los músculos del hombro.

De cuatro casos que he observado, en uno había hemiplegia de la laringe y de la lengua, y parálisis del esternocleidomastoideo y del trapecio; los otros tres sólo padecían hemiplegia de la laringe y de la lengua. Poli cita tres casos más en los que se observó hemiplegia de la laringe y de la lengua. En el primero, de Schiffers, no pudo averiguarse la causa de la enfermedad; el segundo, de Leudet, fué debido, al parecer, á una infección; el tercero, de Hirt, fué precedido de un ataque de apoplegía.

En realidad en estos tres casos, aunque el resultado final fué la hemiplegia glosolaríngea, el mecanismo, sobre todo en el caso de Hirt, no es exactamente igual al de las observaciones que he recogido (lesión periférica). No conozco otros casos de esta combinación sintomática; no obstante me inclino á creer que no son los únicos, porque en el cuello hay una región conocida de todos, en la que los traumatismos y los tumores son suscepti-

bles de destruir los nervios que presiden la movilidad del lado respectivo de la laringe y de la lengua.

¿Los casos referidos justifican la creación de un nuevo síndrome? Como las combinaciones de los síntomas que pueden observarse en la práctica son innumerables, el número de síndromes que podría descubrirse no tiene límites; pero creo que el que propongo tiene personalidad justificada por las observaciones, y porque se adapta perfectamente al desarrollo de los síndromes estudiados hasta ahora. En efecto, tomando como guía la hemiplegia laríngea, y no olvidando que á ésta (casos de Erb, Martius, etc.), igual que á los síndromes conocidos, puede agregarse como elemento accesorio la parálisis de los músculos del hombro, se tendrá la serie siguiente:

Hemiplegia de la laringe..... — del velo palatino.....	Síndrome de Avellis.
Hemiplegia de la laringe..... — de la lengua.....	Síndrome nuevo.
Hemiplegia de la laringe..... — del velo palatino..... — de la lengua.....	Síndrome de Jackson.

Si á las agrupaciones anteriores se agrega la parálisis de los músculos del hombro, se tendrán los mismos síndromes amplificados con este nuevo elemento. Mas como el síndrome de Schmidt se aplica de ordinario al de Avellis, amplificado por la rama externa del espinal, debe conservarse esta denominación antigua.

Alcoholismo durante el embarazo y la lactancia. — El Dr. *A. Muñoz Ruiz de Pasanis* manifiesta que el abuso de las bebidas espirituosas ha sido motivo de preocupación constante en todos los momentos históricos y pueblos del mundo, y en los tiempos actuales más, debiendo merecer preferente atención el alcoholismo durante el embarazo y la lactancia, por los graves y transcendentales perjuicios que produce; justifica la elección de este tema diciendo que está muy arraigada la idea de que el vino es muy conveniente en la lactancia y aun en el embarazo, porque se cree que con él la mujer conserva mejor sus energías y se le aumenta la secreción láctea, y como, á su juicio, en vez de convenir perjudica, y el error tiene gran transcendencia social por los peligros que encierra, se permite hacer esta ligera comunicación por considerar el tema de verdadera importancia, tanto más cuanto que los errores populares son muy difíciles de extinguir, especialmente si participan de ellos las clases más distinguidas y acomodadas, como sucede con el uso del vino en las nodrizas, pues no hay casa grande ni modesta en que no se les dé, aunque no le tengan afición, á menos de que no se haga una propaganda enérgica, bajo la base de lo que se dice y se toma en consideración en las Academias y sobre todo en los Congresos internacionales, y entrando de lleno en el fondo de la cuestión, afirma que el uso del vino en el embarazo y la lactancia puede perjudicar á la mujer en algunos casos y al niño siempre, y la razón es muy clara.

A la mujer, porque además de poder exagerar la costumbre de beber, si la tiene, ó de adquirirla en caso contrario, es fácil que al eliminarse por el

riñón determine alteraciones epitélicas y, por consiguiente, albuminurias seguidas de uremia, á lo que está predispuesta toda mujer embarazada, determinando, por tal motivo, muchas veces el aborto.

En comprobación de esto último presenta una estadística de mujeres que tenían la costumbre de hacer uso del vino con exceso durante la comida, y no pudieron conseguir tener ni un solo hijo, pues antes de llegar al séptimo mes de embarazo abortaban, yendo precedido el aborto de albuminuria y fenómenos urémicos, y que después que perdieron tal costumbre tuvieron todas hijos en las mejores condiciones de salud.

En esta comunicación el Dr. Pasanis aborda también la cuestión de si el alcohol es ó no alimento, y después de discurrir sobre la materia, no poco, se declara partidario, de que es un estimulante á pequeñas dosis, y á grandes un deprimente y hasta un anestésico.

El vino, pues, dice, administrado en cantidades prudenciales á la hora de las comidas, y diluído en agua, puede aumentar la secreción láctea como la de todos los tejidos glandulares; pero este aumento, ¿es conveniente al niño? De ningún modo.

El alcohol que se elimina por la glándula mamaria mezclado con la leche, y que no es poco según los trabajos de Nicloux, puede ser causa de grandes trastornos del aparato digestivo y del sistema nervioso, toda vez que el niño está predispuesto á padecerlos durante la evolución dentaria, y el alcohol los produce en sujetos que no tienen gran predisposición.

Entra también en consideraciones sobre la posibilidad de que la impregnación etílica que sufre el organismo del niño por medio de la leche puede servir de fundamento para que llegue éste más tarde á ser alcohólico, por arrancar el alcoholismo de una necesidad orgánica establecida por la costumbre, y más todavía si la impregnación comienza en el embarazo, por pasar el alcohol de la sangre de la madre á los tejidos del feto; refiere muchos casos de accidentes sufridos por los niños como consecuencia de haber sido amamantados por mujeres que hacían uso del vino en las comidas, y termina formulando la conclusión de que el uso de toda bebida espirituosa debe proscribirse durante la lactancia y el embarazo, no sólo por ser muy perjudicial en todos los casos á los niños, y en algunos á las mujeres, sino también porque así se atacaría el alcoholismo en sus orígenes quizá más sólidos. — F. Toledo. (*Continuará*).

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 27 de Junio de 1906.

Hernia isquiática. — El Dr. *Schönstedt* presenta un enfermo que tiene en la región del agujero isquiático un tumor que sobresale cuando hace funcionar la prensa abdominal, y que se puede reducir por completo. A causa de las molestias que determina se va á proceder muy en breve á la operación radical.

Osteoma del etmoides. — El Dr. *P. Heymann* presenta una muchacha que tiene esta afección, y que á causa de la deformidad que produce en la fiso-

nomía y de la tendencia á crecer que siempre tienen estos tumores, se hace necesario proceder á su extirpación.

El Dr. *De Bergmann* hace observar que en estos osteomas es frecuente que se presenten precisamente en los mismos sitios en donde se observan cefalhematomas, siendo muy común que subsistan muchos años después de estos últimos.

Penetración de virutas de hierro en el ojo. — El Dr. *Türk* presenta un hombre que ha sufrido la penetración de una viruta de hierro en un ojo. El cuerpo extraño perforó la córnea, el borde de la pupila y el cristalino, y se fijó al parecer en la retina. Por medio del electro-imán de Haab se consiguió hacer visible la viruta en la córnea, y desde aquí se extrajo con el imán de mano de Hirschberg. Posteriormente fué necesario practicar una discisión del cristalino. Aun hoy en día el iris presenta una coloración claramente herrumbrosa. La vista se ha conservado bien.

Tumor varicoso de origen traumático. — El Dr. *Zondek* refiere el caso de una joven de veintiséis años que hará unos seis meses llevó un golpe en la cabeza á consecuencia de haberse caído por la escalera, sin sentir por de pronto ningún accidente de resultas de dicha caída. Pero después se desarrolló delante del oído un tumor doloroso y del tamaño de un huevo de paloma. Es de advertir que este tumor sólo se hace visible cuando la paciente inclina la cabeza hacia adelante, y también en el decúbito lateral, sobre todo en el del lado izquierdo. El tumor se deja comprimir, la piel que le cubre está normal, y cuando la enferma está de pié se puede hacer visible comprimiendo la vena yugular. Si se comprimen al mismo tiempo las venas temporales y craneales exteriores y las venas del cuello, y se hace después que la enferma agache la cabeza, también sobresale el tumor, deduciéndose de todo esto que debe de comunicar con las venas intracraneanas.

La causa de esta dilatación varicosa de las venas es obscura; probablemente tiene alguna relación con el traumatismo sufrido anteriormente. Como tratamiento no se puede hacer otra cosa que aconsejar á la paciente que se agache poco y que lleve en la parte respectiva una pelota que la comprima.

Espina bífida.—El Dr. *Bockenheimer* presenta varios niños de la clínica de Bergmann, que padecen de diferentes formas de espina bífida. En las fisuras congénitas del dorso hay que distinguir las siguientes variedades: *a*) la *raquisquisis*, que es la falta completa de la cubierta de todo el conducto medular; esta monstruosidad no tiene interés clínico, porque los fetos que la presentan no pueden vivir; *b*) el *mielocele*, en el que también falta por completo la cubierta, pero tan sólo en una parte de la médula. Al mismo tiempo existen parálisis que no son capaces de mejoría aun en el caso de que por medio de una operación se pudiera curar la espina bífida como tal. Estos niños también sucumben muy pronto; *c*) el *mielocistocele*, que no se produce hasta después de cerrada la hoja córnea, y por lo tanto está cubierto por piel. La dura madre está herniada á manera de divertículo. Comprimiendo el saco, mientras no está separado del resto del saco dural, se consigue provocar la distensión de las fontanelas y la aparición de síntomas de compresión cerebral. En estos casos no hay parálisis y la piel está

intacta, mientras no se altere por la compresión. La operación consiste en la extirpación del saco; *d) meningocele.* Sólo se presenta en la cola de caballo y se desarrolla como tumor pedunculado de la región sacra. También en estos casos está intacta la piel y falta toda parálisis.

La espina bífida oculta no merece contarse como una forma especial, puesto que puede desarrollarse de las indicadas con las letras *b*, *c* y *d*.

De todas las formas mencionadas, el meningocele es el que se presta mejor á la operación, con tal que ésta se ejecute en tiempo oportuno. De seis de estos casos que fueron operados, todos se curaron. De 20 mielocistoceles operados se curaron 14, algunos de ellos ya de varios años.

Luxación del astrágalo.—El Dr. *Kulick* presenta dos casos de luxación del astrágalo sin fractura concomitante. Ambos casos se produjeron por el hecho de que el cuerpo se cayó hacia atrás mientras el paciente quedó colgado con el pié. Una de las fracturas fué subcutánea, la otra complicada; en la primera se consiguió fácilmente la reducción, en la segunda fué necesario para ello proceder por vía cruenta. Sobrevino después supuración que obligó á proceder á la extracción del hueso, quedando como consecuencia una posición de varo tan exagerada, que fué menester resecar los maleolos. A consecuencia de esto se formó una anquilosis con ligera tendencia del pié á colocarse en posición de varo. Sin embargo de esto, la enferma puede andar perfectamente con una bota provista de férulas.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

El radio y el virus rábico.—Según los Dres. G. Tizzoni y A. Bongiovami, las radiaciones del radio actuando á una temperatura de 12 á 15° sobre virus rábico contenido en un tubo de reactivo, destruyen su virulencia en muy corto tiempo. Si la acción del radio ha durado una hora, los animales inyectados con este virus tardan más en morir que los testigos, y en vez de presentar los síntomas ordinarios de la rabia, sucumben más bien de demacración lenta (diez días), y en cambio los animales testigos mueren con los síntomas de la rabia paralítica.

También son eficaces las radiaciones del radio cuando se somete á ellas el animal en el momento de ser contagiado, lo mismo cuando este contagio se verifica por el ojo que cuando se realiza por el cerebro ó por el nervio ciático. En estos animales sólo se observa una ligera elevación de temperatura, una disminución transitoria de peso y un poco de rigidez ó de debilidad en el cuarto trasero, por la misma época ó un poco después en que ya han perecido los animales testigos. Algunos de los animales del grupo tratado con el radio, estaban aún completamente sanos á los treinta y ocho días de haber sido inoculados.

Se observó además que la aplicación de las radiaciones del radio al ojo, ocho horas en ocho días seguidos, es capaz de obrar sobre focos de infección hasta muy distantes (ciático). Se obtiene el mismo resultado usando el ra-

dio una hora después de efectuado el contagio, pero no si se dejan transcurrir veinticuatro horas.

Después emplearon los autores el radio de modo que su acción fuera más intensa, inyectando debajo de la dura madre 0'1 cm³ de virus diluído con caldo en la proporción de 1 al 2 por 100, haciendo obrar después el radio á mayor concentración y por más tiempo, sin que por ello se presentara la menor alteración de la vista. De esta manera se logró salvar animales que fueron sometidos al tratamiento cuarenta y ocho, ochenta y seis y noventa y cuatro horas después de haber sido inoculados, ó sea cuando la enfermedad ya había recorrido $^1/_4$ á $^2/_3$ de su camino, puesto que los animales testigos murieron generalmente á los seis días de inoculados. El tratamiento fué útil hasta en casos en que ya se había desarrollado la enfermedad, aunque en plazo más ó menos largo, según la gravedad de los síntomas.

De lo dicho se deduce que, en el tratamiento de la rabia, el empleo del radio merece tanto aprecio como la vacunación antirrábica.

(*Policlinique*). — R. del Valle.

Sintomatología en los casos ginecológicos. — Harrison cree que la sintomatología suministra datos importantes para hacer un diagnóstico ginecológico exacto. La menorragia ó metrorragia indica la hiperplasia del endometrio, ó una neoplasia, benigna ó maligna, ó una dislocación del útero. La amenorrea es indicio de oclusión de las vías genitales, de un desarrollo rudimentario ó de la falta de útero ó de los ovarios. Significa también una enfermedad constitucional consuntiva. La dismenorrea se cree que es una neurosis en la que existe una contracción espasmódica del músculo uterino, aceptándose la teoría mecánica al menos en muchos casos. La esterilidad puede depender de un estado anormal de los órganos genitales de la mujer, pero otras veces la causa reside en los órganos masculinos. El estreñimiento, frecuente en las enfermedades de los órganos pelvianos, es un resultado más que una causa. El histerismo consiste muchas veces en una enfermedad de los órganos pelvianos y suele curar al extirparse el órgano enfermo.

Bissell afirma que el dolor lumbar suele atribuirse erróneamente al primer signo objetivo que se descubre. Es preciso averiguar cuidadosamente las causas y reparar las lesiones verdaderas ó supuestas sólo cuando hay cierta seguridad de que tienen importancia. El dolor lumbar, para que sea un síntoma de valor, necesita ir acompañado de ciertos estados morbosos. Los traumatismos de los órganos genitales pueden constituir este síntoma, pero las enfermedades de los apéndices y las dislocaciones uterinas son muchas veces causas más importantes.

(*Medical News*, 2 junio 1906). — F. Toledo.

Peligros de la sobrealimentación en los tuberculosos. — En concepto del Dr. Monisset, la sobrealimentación tiene sus peligros en los tuberculosos, sobre todo en los adultos; á veces produce una especie de intoxicación, disminuyendo la absorción y la asimilación y aumentando la fermentación y los resíduos en el intestino. En estos casos puede suceder que el aumento del peso del cuerpo coincida con una agravación de las lesiones pulmonares. En un tísico febril se agravó el proceso tuberculoso, no obstante ha-

ber aumentado de peso 20 libras en seis meses. Debe considerarse como suficiente un aumento de 250 gramos por semana. Algunos tuberculosos sobrealimentados se hacen hiperclorhídricos y dispépsicos, presentando también, como consecuencia, no del mal sino del régimen alimenticio, albuminuria y bronquitis.

Son buenos alimentos para el tuberculoso: los huevos en cantidad moderada, la leche, pero sin llegar á los dos litros diarios, y la carne cruda, pero sólo en sustitución de la cocida. — (*Lyon medical*). — R. DEL VALLE.

Desinfección de las manos. — El Dr. Schumburg deduce de sus experimentos, que la práctica antigua de lavarse las manos con agua y jabón, es más perjudicial que útil, porque en muchos casos hay más bacterias en las manos después del lavatorio que antes, á causa de ser atraídas desde las criptas glandulares á la superficie. El lavatorio con sublimado que acostumbra á hacerse después, sólo sirve para poner áspera la piel. Lavando las manos durante minuto y medio ó dos minutos con alcohol rectificado, quedan libres casi completamente de bacterias. El éter empleado de igual manera no es tan eficaz. La mezcla de dos partes de alcohol por una de éter es más eficaz que el alcohol ó el éter solos; su acción mejora añadiendo á esta mezcla el $^1/_2$ por 100 de HNO. Para la limpieza son preferibles las torundas de algodón á los cepillos. El uso de un antiséptico después del lavatorio es poco eficaz, pero la disolución de peróxido de hidrógeno al 5 por 100 disminuye en ciertos casos el número de bacterias. Los experimentos practicados con la tintura de jabón verde prueban que elimina el 90 por 100 de las bacterias, pero Schumburg cree que este efecto es debido al alcohol más que al jabón.

(*The Therapeutic Gazette*, 15 junio 1906). — F. TOLEDO.

Tratamiento médico de la estrechez diftérica de la laringe. — Una parte de los casos de estrechez laríngea que se observan en la difteria es debido, no á las falsas membranas, sino á la tumefacción edematosa de la mucosa. Cuando se emplea el suero antidiftérico pronto y á dosis suficiente, se puede confiar en que se llegará á vencer el obstáculo respiratorio en las veinticuatro horas siguientes. Con tal objeto, recomienda el Dr. Hecht practicar varias veces al día pulverizaciones laríngeas con el pulverizador de vapor, y si es preciso con una disolución de cocaína y adrenalina, y para calmar la disnea el opio al interior. De este modo se puede evitar la traqueotomía, que tiene, entre otros inconvenientes, el de que suprime la respiración nasal. Esta supresión á su vez favorece la implantación y desarrollo de estreptococos, pneumococos y de otros microbios en la mucosa respiratoria, infecciones mixtas que pueden acabar con un organismo, ya sin necesidad de esto, bastante debilitado.

(*Therapeutische Monatshefte*). — R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA ANESTESIA CLOROFÓRMICA Y LAS CARDIOPATÍAS

POR EL DOCTOR

D. RICARDO GONZALO MARTÍNEZ

Médico segundo del Cuerpo de Sanidad militar.

Es creencia común y quizá demasiado vulgarizada entre algunos médicos, la de que la anestesia clorofórmica se halla contraindicada en todo cardíaco; creencia indudablemente fundamentada, y no sin razón, en los accidentes que de vez en cuando se observan con el cloroformo en enfermos cardíacos, y á veces en otros, que sin apariencias de ello, lo son igualmente.

Pero estudiando detenidamente el gran grupo de las cardiopatías, se ve desde luego que no todas ellas ofrecen idénticos peligros á la anestesia, y que precisamente aquellas que lo ofrecen en más alto grado, son las de más difícil diagnóstico; razón esta última que tal vez explique el por qué de muchos accidentes clorofórmicos y aun el de algunas muertes.

Bajo el punto de vista del objeto que yo me propongo en este estudio, podríamos dividir en general las cardiopatías todas en lesiones de pericardio, miocardio y endocardio, y podría también decirse de un modo general, que las miocardíticas precisamente eran aquellas de más difícil diagnóstico y de mayores peligros para la cloroformización.

Rara vez la *pericarditis* ha sido causa de accidentes clorofórmicos; si es seca, porque entraña escasa dificultad á las contracciones cardíacas, y si con derrame, porque éste se diagnostica pronto y bien y en tal caso no se anestesia al enfermo. Únicamente en aquellos casos en que la pericarditis, por ser de larga fecha ó haber pa-

sado desapercibida en el curso de una enfermedad infecciosa aguda, se ha propagado á la fibra muscular, y este comienzo ya de miocarditis, pódríamos decir latente, pudo producir algún accidente clorofórmico, rara vez mortal.

Algo parecido le ocurre al *endocardio*, pero con la diferencia que éste puede propagar su lesión directa, aunque difícilmente, al miocardio, como lo hacía el pericardio, pero con más facilidad y por su especial disposición á las válvulas cardíacas.

Ahora bien, ¿la lesión valvular por sí sola constituye contraindicación clorofórmica? Indudablemente no; pues si el miocardio es fuerte y potente, si la contracción muscular es enérgica y vigorosa, si existe *suficiente miocardio*, es decir, si la lesión está bien compensada, él vencerá los cambios de presión circulatoria que existen en los diferentes períodos de la anestesia; pero en el caso contrario, el síncope primitivo ó tardío será la consecuencia.

Por lo tanto, sólo en un período de la enfermedad valvular es cuando estará contraindicada la anestesia y es en el llamado *miovalvular;* es decir, aquel en el cual las cosas han llegado á tal punto, que el mismo enfermo se diagnostica y ningún médico seguramente anestesia; pues en aquel otro en que sólo exista la lesión valvular más ó menos extensa, pero aun con robusto miocardio y sanas arterias, muchas veces hasta pasa desapercibida la lesión para muchos cirujanos poco avezados á la auscultación, y la anestesia se realiza sin peligro ninguno.

Vemos, pues, que tanto las lesiones pericardíticas, como las endocardíticas y valvulares, sólo constituyen en general verdadera y formal contraindicación para la anestesia, cuando su lesión, propagada á miocardio en las endo y pericarditis, ó insuficiente éste y dilatado, por exceso de presión, en las valvulares, llega á constituir un punto de menor resistencia, que muestra su flojedad, cuando se le somete á prueba con las variaciones de presión sanguínea ó exceso de estímulo nervioso, en la anestesia.

Y de intento dejé para el final el estudio de las contraindicaciones en las *miocarditis*, por ser las más frecuentes como dije antes, las más importantes, las de más difícil diagnóstico en algunas de sus formas y las que podríamos decir, que en sí, resumen las contraindicaciones todas de la anestesia.

Ya señalé más arriba algunas de las formas de insuficiencia de miocardio de fácil diagnóstico, como la propagada de peri ó endocardio, la insuficiencia miocardítica de final de lesión valvular, et-

cétera, todas ellas de grosero y fácil diagnóstico. Pero existen otra porción de ellas, de causa y mecanismo genético distinto, que por ser así, y por no ir acompañadas de lesiones extrañas á miocardio como aquéllas, sólo dan síntomas de fibra muscular cardíaca, y como es natural, funcionales de circulación; á más de otros, enlazados con la causa de la lesión, en diferentes órganos; razón por la cual son de difícil diagnóstico á la par que de extraordinaria gravedad para la anestesia. Y se comprende que así sea, pues siendo toda la lesión de fibra muscular cardíaca y la miocarditis el principal peligro de la anestesia, sólo ella será la que responda con la alteración de su función, y en ella es donde más fijaremos la atención, pues que ella será la que mayores sorpresas nos producirá, cuando sin aparente lesión cardíaca, la anestesia, no obstante, nos produzca muertes, para algunos cirujanos incomprensibles é inexplicables por la falta de una detenida y anterior exploración cardíaca y el ir acompañadas de síntomas que enmascaran la causa verdadera de la muerte.

En efecto, las enfermedades infecciosas todas, obrando principalmente sobre miocardio, las intoxicaciones y auto-intoxicaciones de clase distinta, haciéndolo igualmente sobre mio y endocardio; y unas y otras, en especial las últimas, envejeciendo vasos y esclerosando órganos, son causas que siempre debemos investigar y pesar su valor, entre los antecedentes de todo enfermo, pero más particularmente de aquellos cardíacos que tratamos de explorar para la anestesia.

Podríamos decir, en términos generales, que de dichos dos grandes grupos etiológicos de *angiocardiopatías*, cada uno de ellos ofrece especial importancia en las dos formas principales de miocarditis, y así vemos, que la *miocarditis aguda* se manifiesta en el curso de las enfermedades infecciosas (en algunas de ellas con predilección, como la tifoidea, por ejemplo) y rara vez ó nunca durante ella se ocurre á nadie anestesiar, y la *miocarditis crónica*, la más interesante á nuestro objeto, es lesión de sorda evolución, como corresponde á su etiología de intoxicaciones crónicas y auto-intoxicaciones repetidas, extrasomáticas, rara vez microbianas, antiguas miocarditis agudas y *lesiones valvulares* (alcoholismo, tabaco, plomo, sífilis, etc., y sus consecuencias *arterio-esclerosis*), así como también á su especial manera de desenvolverse por sucesivas aunque obscuras etapas, si un accidente (angina de pecho, rotura arterial, etcétera), no interrumpe su marcha.

Es, por tanto, la miocarditis crónica en cualquiera de sus períodos, la principal causa de accidentes desgraciados é imprevistos en la anestesia, y estudiando, como lo vamos haciendo, su etiología, nos convenceremos de la lamentable frecuencia con que la muerte en ciertas anestesias se atribuye á procesos que enmascaran la causa verdadera; como estudiando luego su sintomatología nos convenceremos de las dificultades que encierra su diagnóstico para los no acostumbrados á esta clase de minuciosas exploraciones cardíacas, no por minuciosas desprovistas de una grandísima importancia en toda clase de cardiopatías.

En efecto, rara vez el conjunto de todas aquellas intoxicaciones é infecciones que antes marcábamos (sífilis, alcohol, tabaco, infecciones anteriores, etc.), lesionan directamente y por sí mismas la fibra muscular cardíaca y su tejido intersticial, como no lesionan tampoco de este modo la de otros músculos; sino que, como es bien sabido, todos ellos son venenos que por uno ú otro mecanismo de los admitidos (1), llegan á lesionar hondamente las paredes vasculares, originando el proceso general de arterio-esclerosis, *regionalizado* luego por la función especial de cada órgano; siendo, por tanto, la enfermedad del órgano, en la mayoría de las ocasiones, consecuencia de la de sus vasos. Es asimismo bien sabido el por qué á proceso tan generalizado como el arterio-escleroso, corresponde un cuadro morboso á veces tan localizado como la hemorragia cerebral, la angina de pecho, la cirrosis hepática, la miocarditis crónica, la parálisis general, etc., etc.; paradoja explicable por el examen minucioso de los motivos que hubo en cada caso, para que un órgano manifieste su lesión antes ó á la vez que otros, cuya causa de enfermedad es la misma. Por eso, cuando en el curso, al final ó después de una anestesia clorofórmica en un enfermo arterioescloroso, éste muere, el cirujano suele atribuir la muerte á los síntomas más ostensibles que manifiesta el primer órgano, á veces varios á un mismo tiempo, cuando la mayoría de las ocasiones no son sino las hondas y silenciosas lesiones de una esclerosis miocardítica las verdaderas causantes de la muerte; pero claro está, como no es sólo el miocardio el lesionado en sus vasos, sino que esclerosadas están las arterias del riñón, hígado, cerebro, etc., y por tanto en ellas también se dejan sentir los efectos de la anestesia, la anuria, la intoxicación hepática, las congestiones y hemorragias cerebra-

(1) Véanse las ingeniosas teorías expuestas en los tratados de Medicina, para explicar el proceso general arterio-escleroso.

les, el delirium tremens, etc., son episodios que estallan á un mismo tiempo que la miocarditis y tapan y enmascaran la causa más grave, y la mayoría de las veces, aunque no todas, la única que origina la muerte en tales casos, porque es innegable que en semejantes momentos, los bulliciosos y alarmantes síntomas de un delirium tremens, por ejemplo, llaman desde luego mucho más la atención que los graves, solapados y silenciosos de una miocarditis esclerosa, y es indudable que ambas lesiones juntas en un mismo enfermo, como no es infrecuente, porque poseen igual etiología, sea esta última y no aquélla la causante de la muerte, y por tanto, la que más debe llamar la atención del cirujano para atenderla, á pesar de sus escasas ó nulas manifestaciones exteriores.

Ahora bien; si en lo etiológico nos hemos convencido de la facilidad con que en las anestesias, procesos más leves, aunque de síntomas más exagerados y ostensibles, ocultan los más graves y de sintomatología menos aparatosa; creo que en lo sintomatológico habremos de convencernos también de las dificultades que entraña el diagnóstico de estos últimos, para precaver sus desastres con oportunidad, ya que una vez producidos son tan difíciles de combatir.

Fiel á la etiología y patogenia que se asigna á esta clase de procesos, la sintomatología de la miocarditis crónica se amolda de manera admirable á ellas; y así como lesión de vasos primero, de órgano después y parenquimatosos al final, son las etapas y evolución general del proceso arterio-escleroso; de la misma manera el corazón, dentro de su especial manera de padecer, en la miocarditis crónica se amolda al plan general y la sintomatología de la arterio-esclerosis generalizada es su preludio, la de sus propios vasos después (coronaritis) y la de su parénquima al final, con la propia, claro está, de su especial anatomía (trastornos valvulares).

Por eso señálanse en Patología y se ven en la clínica con atento examen tres grandes períodos en la miocarditis crónica: *arterial, cardio-arterial y valvular*; cada uno de los cuales posee sintomatología propia, clara y precisa, y gravedad distinta para las anestesias.

Se haría labor demasiado extensa á mi objeto, si de una manera detallada y minuciosa fuese exponiendo los múltiples y preciosos síntomas de la miocarditis crónica en sus distintos períodos, por otra parte de todos conocidos; por eso sólo haré mención de un modo general de los más interesantes, haciendo notar y demostrando los peligros que la enestesia entraña en cada uno de ellos.

La miocarditis crónica, mejor llamada esclerosis del miocardio ó cardio-esclerosis, localización regional en la mayoría de los casos del proceso general de esclerosis vascular, no puede ofrecer en su primer período, cuando es de tal origen, más sintomatología que la del aparato vascular dominando sobre la suya propia, excepto á lo que á sus propios vasos se refiere; por esta razón se le denomina período arterial. En él hállase ya constituído el proceso general angioescleroso, quizá habiendo ya lesionado órganos tan nobles como el cerebro ú otros de no menor importancia, constituyendo las formas asociadas de miocarditis crónica (cardiocerebral, cardiorrenal, cardiohepática, etc.) y la sintomatología vascular con aún escasa participación cardíaca, á lo sumo con antecedentes que puedan hacernos sospechar que en el corazón se va á localizar lo escleroso, es lo que constituye el cuadro clínico de este primer período. Por todas estas razones, su sintomatología, como es bien sabido, la constituyen por parte del aparato vascular la *hipertensión arterial* con todas sus consecuencias y fenómenos arteriales y orgánicos perfectamente lógicos, que se convierten en preciosos síntomas; razón por la cual, el pulso es duro, tenso, concentrado y á veces pequeño, caracteres que retrata con maravillosa precisión el trazado esfigmográfico; la orina aumenta en cantidad, hay disnea de esfuerzo, tendencia á las congestiones viscerales y hemorragias mucosas (epixtasis, hemoptisis ligeras, etc.), algideces locales, cefalalgias, vértigos, etc., etc., y por parte del órgano cardíaco pequeñas modificaciones de auscultación, que si por sí solas nada dirían, unidas á todo lo anterior que, como dije, es lo dominante en este período y consecuencia natural de la hipertensión arterial, vienen como á anunciarnos el comienzo del proceso miocardítico. Nótase, en efecto, por los avezados á la auscultación, no ruídos anormales, pero sí modificaciones de las condiciones sonoras normales de los tonos cardíacos, el primero de los cuales es más prolongado y fuerte, á veces con tendencia al desdoblamiento; siendo el segundo brusco, fuerte, más acentuado y de mayor intensidad; más corto el pequeño silencio y de más larga duración el mayor, y vigoroso el choque de la punta en la pared costal.

En este período hállase ya contraindicada la anestesia de una manera formal, pues que los cambios bruscos de presión á que la sangre se halla sometida en sus distintos períodos, en este estado ya hipertensivo suelen ser causa de síncopes clorofórmicos, primitivos ó tardíos; á más de que con certeza no podemos saber el grado in-

tensivo de lesión miocardítica que pueda existir, causa verdadera del síncope cardíaco.

Es este el período que más sorpresas acarrea á los cirujanos y el de consecuencias más funestas, pues siendo, como se ve, el de sintomatología más difusa, por decirlo así, es el de más difícil diagnóstico y aquel en el cual, bajo las apariencias de una integridad cardíaca casi perfecta, existe una lesión arterial, quizá profunda, causante de la muerte en la mayoría de los casos, por el sencillo mecanismo que voy á exponer y de todos perfectamente conocido.

En este primer período arterial de la miocarditis crónica, es decir, en este momento de la evolución general del proceso miocardítico, en el cual, aunque quizá sin lesión verdadera de miocardio, los vasos que le riegan se hallan ya lesionados hondamente, prodúcese en el corazón, como no podía menos de suceder lo que vemos ocurre en todos los demás órganos cuando el proceso general arterio-escleroso va lesionando las arterias especiales de cada uno de ellos; la endoarteritis generalizada, primera etapa lesional del proceso arterioescleroso, disminuye notablemente la luz vascular, y por consecuencia, el riego sanguíneo del órgano que nutren; escasez de riego sanguíneo que no puede menos de traducirse, por una disminución en la actividad funcional del órgano, y de aquí las primeras manifestaciones de la lesión esclerosa de sus vasos, con las tan conocidas insuficiencias funcionales renal, hepática, cerebral, *cardíaca*, etc.; trastornos ligeros, pasajeros, fugaces, al parecer sin importancia, como corresponde al mecanismo que los produce, pero lo suficiente demostrativos para el clínico experto.

Ahora bien, si un órgano insuficientemente regado, por lesión de sus vasos, muestra su insuficiencia funcional, ¿no ha de mostrarla doblemente y con más riesgo de la función que desempeña, cuando el organismo ó nosotros le exigimos doble cantidad de actividad? Indudablemente sí; y si la naturaleza de la función que desempeña no es cual la del hígado ó el riñon, sin cuya función puede vivirse algún tiempo, aunque poco, sino como la del corazón, indispensable á la vida en todos los momentos, comprenderemos claramente el por qué de los accidentes, á veces de la muerte misma, en los enfermos anestesiados en su primer período de miocarditis crónica (coronaritis) y el por qué estar formalmente contraindicada la anestesia en dicho período.

Tal explicación, como se ve, no es sino la misma que Potain daba para explicar las meiopragias orgánicas; los órganos lesionados en

sus vasos, son órganos meioprágicos, cojos en su función, que muestran su cojera funcional cuando el propio organismo ó artificialmente nosotros, se le exige mayor función que la ordinaria.

Nada vale, pues, en este período, como quieren algunos cirujanos, que la anestesia se haga con precauciones exquisitas y exigua cantidad de cloroformo, pues los más exquisitos cuidados no pueden evitar el síncope cardíaco tardío, como tampoco es posible, en la mayoría de los casos, el empleo de pequeñas cantidades de cloroformo, por tratarse las más de las veces de sujetos alcohólicos.

Y si así es para el primer período, ¿tendré necesidad de demostrar que doblemente está contraindicada la anestesia en el segundo? La ligera exposición del cuadro clínico lo hará notar mejor que nada. Ya en él la lesión de miocardio es honda y se traduce por nuevos fenómenos; el choque precordial violento, y aun fuerte, hace contraste con el pulso, ya débil y pequeño; hállase descendida y desviada la punta cardíaca hacia abajo y afuera, y ambas zonas de macidez son más extensas, consecuencia todo de su hipertrofia; la lesión de la fibra muscular cardíaca hace igualmente al pulso irregular, desigual é intermitente; la taquicardia ó la bradicardia, el pulso bigémino ó trigémino, etc., etc., son síntomas todos de este período, que se refuerzan y complementan con los más preciosos que la auscultación descubre y no menciono por ser sobradamente conocidos.

Es este período el más rico en terribles y mortales novedades, pues el edema agudo del pulmón, la rotura arterial, el agudo dolor precordial, cuyo grado máximo se ve en la terrible angina de pecho, etc., son accidentes mortales que si en cualquier momento pueden ocurrir en un enfermo vascular, se ofrecen sobre todo en este de la miocarditis crónica, pero con más motivo cuando por cualquier medio exijamos al corazón lesionado mayor trabajo que el que pueda producir.

Y por último, en vano intentaría demostrar las contraindicaciones de la anestesia en el último período de la miocarditis crónica; pues las lesiones valvulares ya establecidas por mecanismos y evolución general tan distinta á las lesiones valvulares endocardíticas y de todos perfectamente conocidas, es cuadro clínico final miovalvular, de la mayoría de las cardiopatías, en el cual, como dije al principio, el mismo enfermo se diagnostica y á ningún médico seguramente se le ocurre anestesiar.

NOTAS CLÍNICAS

I. Tratamiento de las quemaduras con el agua oxigenada.— II. Un caso de pulmonía.— III. Complicación rara del sarampión.

I

Nuestro estimado suscriptor, D. Orencio Pellicer, médico titular de la Muela (Zaragoza), nos da cuenta del caso siguiente:

Un sujeto de veinticuatro años se cayó á una caldera de agua hirviendo, y á consecuencia de este accidente, sufrió una quemadura de todo el miembro inferior izquierdo, quemadura que se agravó por haberle quitado sin precaución la ropa interior y el peal, antes de haberse presentado nuestro compañero.

Por razón de la mucha distancia á la farmacia más próxima, se decidió á curar la quemadura con vaselina fenicada, que pudo preparar en el acto, y al quitar al día siguiente la cura se apreció el levantamiento de la epidermis y la formación de flictenas que abrió, desprendiendo dicha epidermis y dejando al descubierto el dermis, á fin de favorecer la mejor limpieza de la herida, aun á trueque de aumentar los dolores. Mas lejos de suceder esto último, los dolores fueron menos intensos que el día anterior, siendo de advertir que además de la vaselina fenicada, se hacía la cura con gasa yodofórmica, algodón hidrófilo y vendas de gasa.

Al día siguiente toda la superficie quemada estaba cubierta de pus, y entonces, para facilitar la cicatrización, acudió el Dr. Pellicer al agua oxigenada, que le había prestado tan buenos servicios en una herida por arma de fuego, que consiguió su curación en ocho días, gracias á dicho tratamiento.

Después de limpiar la superficie quemada con una disolución de sublimado al 1 por 1.000, la lavó con agua oxigenada, que produjo por de pronto un grandísimo escozor, pero en cambio se logró con ella que no volviera á aparecer más el pus, iniciándose á los dos días la cicatrización y curándose la herida á los viente, sin ningún impedimento funcional, retracción ni más deformidad que las señales características de estas quemaduras, que en este caso no han sido muy ostensibles.

El Dr. Pellicer no pretende sobreponer el uso del agua oxigena-

da al de otros medicamentos que también se han aconsejado en los casos de quemaduras. Su único objeto es dar á conocer la utilidad que le ha reportado en un caso, y animar á los compañeros á que lo ensayen cuando tengan ocasión, á fin de ver si se confirman sus buenos resultados.

II

Nuestro estimado suscriptor, D. Daniel Durango, nos da cuenta del caso siguiente :

Un labrador de buena salud habitual y sin antecedentes de importancia, excepto el del sarampión, que padeció á los seis años, quedó de resultas de dicha infección, muy propenso á catarros bronquiales. A los dieciseis años tuvo una pulmonía, y desde entonces le ha repetido esta afección casi todos los años por febrero. En el mismo mes de este año, nueva invasión que se localizó como casi todas las anteriores, en el lado derecho. Todos los síntomas eran realmente de tal enfermedad: el calofrío, el encendimiento del rostro, la tos frecuente, que expulsaba esputos poco abundantes, no muy aireados, densos y pegajosos, la gran frecuencia de respiración y de pulso, el dolor de costado muy intenso, sobre todo en la tetilla derecha, y la fiebre, bastaban para establecer el diagnóstico. Pero además, estaban un poco elevados los espacios intercostales respectivos, aumentadas en la misma zona las vibraciones torácicas y la percusión que, lo mismo que la palpación, era dolorosa, daba un sonido macizo desde el tercer espacio intercostal derecho por delante, y desde la espina del omoplato por detrás. Auscultación : soplo y tos tubarios, carencia de murmullo vesicular y broncofonía. Cefalalgia intensísima y quebrantamiento general; estado nauseoso y peso en el estómago.

Diagnosticada una pulmonía, pues la falta de expectoración herrumbrosa y de estertores crepitantes, no eran datos suficientes para desechar tal idea, dispuso el Sr. Durango, en vista de las circunstancias del caso, una sangría de unos 200 gramos, el tártaro emético y papel sinapizado en el sitio del dolor, hasta producir vexicación. Al día siguiente todo el conjunto de síntomas había disminuído notablemente, incluso los signos físicos. Se cambió el emético, á causa de las grandes náuseas que producía, por la heroína y una poción cordial, y por la tarde ya no pasaba la temperatura de 37°,5.

Al día siguiente todo había vuelto á la normalidad, excepto una

tos que ya tenía el enfermo antes, como consecuencia de un catarro bronquial crónico.

¿Se ha tratado de una neumonía abortada al segundo día? Nuestro compañero, que sólo lleva diez meses de práctica, no se atreve á contestar á tal pregunta, y se limita á publicar el caso porque lo cree merecedor de ello.

III

Nuestro estimado suscriptor, D. Angel Novalbos y Cofrade, médico titular de Beas (Huelva), nos refiere el siguiente caso:

Una niña de tres años y medio presenta los síntomas de una amigdalitis aguda catarral, que es tratada localmente con toques de resorcina y glicerina, y al interior con antipirina. Propuesta y no aceptada la incisión de las amígdalas, el 28 de enero de 1906, á los dos ó tres días de iniciada la afección, apareció el 29 un exantema morbiloso en la cara, que al día siguiente invadió algo piernas y muslos, pero no el cuello ni el pecho. Con una aplicación de sinapismos á las piernas, se hizo bien manifiesta la erupción en éstas, en los muslos y en la espalda.

La temperatura oscilaba entre 38 y 39° y con un baño que se dió el día 30 á 25° centígrados, de diez minutos de duración y rebajando á 20°, tres minutos, se sostuvo la temperatura á 38° y la noche fué tranquila. Al día siguiente fiebre de 39°,2, y se inicia la descamación furfurácea, prescribiéndose la euquinina porque la familia no quiere más baños.

La angina decrece en intensidad, manifestándose entonces una estomatitis úlceromembranosa, que se extiende á las amígdalas y que se trata con un colutorio boratado. La fiebre se mantiene unos cuatro ó cinco días entre 38°,5 y 39°,3, y se rebaja con dos baños diarios. Iniciada una tumefacción difusa detrás de la rama del maxilar inferior, se trató con sanguijuelas, con lo cual desaparece en el lado izquierdo, pero no en el derecho, al que se aplican cataplasmas de harina de linaza laudanizadas.

Llamado en consulta un compañero, se convino en el diagnóstico de amigdalitis flegmonosa consecutiva al sarampión, y en insistir en la euquinina y los baños. Propuestas por el nuevo compañero las inyecciones de suero antidiftérico, por si acaso influyera en el proceso el bacilo de Löfler, se emplearon, sin que á pesar de ello bajara la fiebre de 39 á 40°.

Llamado entonces un tercer colega el 13 de febrero, procedió por

su propio criterio á hacer una incisión por debajo y detrás del ángulo de la mandíbula, dando salida á un líquido siruposo; cura seca yodofórmica y desagüe con tubo de cristal. Como la fiebre no bajara con esta operación, dispuso dicho Profesor llevar la enferma á su clínica; pero la fiebre continuó siendo alta y la niña se murió el día 16, habiendo diagnosticado este compañero la enfermedad de *pulmonía pasada.*

El autor de esta historia cree: que si se hubiera practicado la incisión de las amígdalas cuando él la propuso, tal vez se hubiese curado la angina, y que debió de haberse insistido en la quinina y en los baños fríos; en cambio opina que la operación últimamente practicada, no tenía razón de ser, dado lo difuso de la tumefacción retromaxilar.

Termina el Sr. Novalbos haciendo consideraciones de carácter profesional, que ya se le habrán ocurrido también al lector de esta historia.

BIBLIOGRAFIA

POR

DON JERÓNIMO PÉREZ ORTIZ

Médico del Cuerpo de Sanidad militar.

I. El microbio de la sífilis. Conferencia dada por el Sr. D. José Díaz y Triana en el Hospital Provincial, el día 29 de marzo de 1906.

II. Contribución al estudio de la anatomía de los arcos palmares, por D. Antonio Lecha-Marzo. Valladolid, 1906 (25 páginas con grabados).

III. Crítica razonada de las causas de las fístulas urogenitales de origen obstétrico. Memoria premiada por la Sociedad Ginecológica Española, por el Dr. Julio Larrú.

I

Una de las cuestiones más debatidas en la actualidad, es la del microbio de la sífilis, el agente etiológico de esta enfermedad que viene siendo el azote de muchas generaciones, á contar desde su aparición en Europa en el siglo xv; parece que llega el término de su conocimiento al descubrirse el microbio característico de este proceso infeccioso, como ha sucedido con los de la tuberculosis, la erisipela y el tétanos, gracias á los diferentes trabajos llevados á cabo sobre los pretendidos bacilos del mal de Venus.

En la conferencia dada en el Hospital Provincial, por el alumno interno del Hospital de la Princesa, D. Juan Díaz Triana, este estudioso joven ha hecho la historia del descubrimiento del *Spirocaeta plida* y sus métodos de cultivo, sentando por conclusión á su trabajo, que la sífilis puede considerarse como una espirilosis crónica dependiente de este microorganismo.

Es digno de alabanza el trabajo del Sr. Triana, pues indica laboriosidad y afición al estudio de una especialidad que, como la bacteriología, es hoy la ciencia que más ha contribuído al progreso de la medicina y cirugía contemporánea.

II

Son pocos los que en España se dedican á los estudios prácticos de investigación anatómica, así que, cuando aparece un trabajo de esta índole, hay que felicitar al autor. El principal objetivo del señor Lecha, es exponer las teorías emitidas por los antiguos y modernos anatómicos, como Fort y Testut, acerca de la formación de los arcos palmares.

Creen estos autores que en su constitución toman igual parte la cubital y la radiopalmar; otros, como Farabeuf, Dujarier y Poirier, niegan hasta cierto punto la intervención de la radiopalmar y de la cúbitopalmar. El Sr. Lecha se extiende en consideraciones sobre estas dos distintas opiniones, exponiendo las experiencias personales en comprobación de una y otra.

Lástima que á lo bien hecho del trabajo no corresponda la parte material del libro, defecto de la mayoría de nuestras publicaciones, cuando, como la del Sr. Lecha, exigen que vayan acompañados de ilustraciones

III

El premio otorgado por la Sociedad Ginecológica Española al doctor Larrú es bien merecido, pues hasta la fecha no se ha publicado sobre este asunto un trabajo tan completo como el del reputado tocológo de la Beneficencia municipal. El autor, al discutir la producción de las fístulas urogenitales, demuestra con la claridad necesaria y la precisión que el asunto requiere, que la distocia puede ser por sí sola causa de estas fístulas en partos espontáneos ajenos en absoluto á toda violencia, como asimismo que toda intervención obstétrica sin las condiciones que exige puede determinar destrozos

que ocasionan tal lesión, y por consiguiente, si la responsabilidad de su producción corresponde al acto operatorio ó á la distocia. Este problema, de sumo interés y que no ha merecido la atención suficiente de los tratadistas, el Dr. Larrú que procura resolverlo, consiguiendo argumentos de gran valor sobre la evolución genética de la lesión, la acción técnica, las estadísticas de lo que á cada uno de estos factores corresponde, *dando á la distocia lo que la distocia es* y *á la intervención lo que á ésta le corresponde.*

Tal es el plan de la obra, labor extensísima que le habrá costado al autor mucho trabajo y mucho tiempo de estudios previos, para poder confeccionar un libro tan nutrido en conocimientos especiales en esta materia. Basta leer las notas bibliográficas para comprender la verdad de lo que decimos.

Felicitamos al Dr. Larrú por su hermoso trabajo, y á la Sociedad Ginecológica por la justicia con que ha procedido otorgándole tan señalado merecimiento.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 30 de Junio de 1906.

Supuesta incompatibilidad de los calomelanos. — El Dr. Puerta: Hago uso de la palabra para dar cuenta á la Academia de los experimentos que he hecho con motivo de la comunicación del Dr. Carracido acerca de la incompatibilidad de los calomelanos. Debo advertir que en los memorables trabajos de Mialhe, practicados hace más de sesenta años, y recordados aquí con gran oportunidad por el Dr. Iglesias, lo que empleó dicho experimentador no fué cloruro de sodio solo, sino una mezcla de partes iguales de dicha sal y de cloruro amónico, que, como diré después, actúa con más energía y transforma mayor cantidad de sal mercuriosa en mercúrica.

El primer experimento que he hecho ha sido como sigue: un gramo de cloruro mercurioso (calomelanos perfectamente lavados), le puse en contacto con un gramo de cloruro de sodio puro y 30 gramos de agua destilada, agitando la mezcla; al día siguiente el líquido filtrado dió con algunas gotas de amoníaco una ligera nebulosidad, casi imperceptible, y con el hidrógeno sulfurado dió también reacción casi imperceptible.

En vista de este resultado, añadí á la mezcla un gramo más de cloruro

de sodio, y en otro ensayo dos gramos, con objeto de ver si la mayor masa de esta sal formaba más cantidad de cloruro mercúrico, y, en efecto, los reactivos dieron señales de algo más cantidad, dependiendo, por tanto, la transformación de la sal mercuriosa en mercúrica de la mayor proporción de cloruro de sodio, hecho que ya fué observado por Mialhe.

Pero como la cantidad de sal mercúrica resultaba tan mínima, hice otro experimento, para ver si la temperatura aumenta la velocidad de la reacción, calentando una porción de la misma mezcla, que me había servido anteriormente, hasta unos 90°, y al enfriarse el líquido y depositarse el cloruro mercurioso ya noté, por el ligero color gris, que se había reducido algo el mercurio, señal evidente de la transformación de parte de la sal mercuriosa en mercúrica. El líquido filtrado después de frío dió con el amoníaco opalinidad perceptible de cloro-amiduro de mercurio, y con el hidrógeno sulfurado la reacción tan característica de precipitado blanco primero, amarillo rojizo después y, por fin, negro de sulfuro mercúrico. De aquí resulta que en el organismo humano, cuya temperatura (37°) es mayor que á la que yo operaba (la del laboratorio 20°), puede formarse algo más de cloruro mercúrico que la obtenida en frío, que, como he dicho antes, resultó casi insignificante.

Otra enseñanza se deduce, de gran interés, en la administración de los calomelanos, y es que éstos no deben mezclarse con líquidos calientes y salados, por ejemplo, con un caldo que, por lo general, está muy caliente y contiene sal común, resultando en estas circunstancia incompatibilidad clara y manifiesta entre dicho medicamento y el cloruro de sodio.

Por fin, hice el experimento siguiente: en un tubo de ensayo puse una corta cantidad de calomelanos con solución de cloruro amónico, agitando la mezcla durante algunos minutos, y filtrado el líquido, dió las reacciones propias de la sal mercúrica formada. Resulta de esto que el cloruro de sodio, el *ion* mercurioso en *ion* mercúrico, y así me explico que Mialhe obtuviera 6 milígramos de cloruro mercúrico de 60 centígramos de calomelanos, puestos en contacto con 60 centígramos de sal común y otros 60 de sal amoníaco, disueltos en 10 gramos de agua, durante veinticuatro horas, á la temperatura de 20 á 25 grados; y también me explico el caso, citado por el mismo Mialhe, de un envenenamiento ocurrido en Alemania á consecuencia de haber administrado calomelanos asociados á la sal amoníaco.

La causa de la mayor acción del cloruro amónico que la del cloruro de sodio la encuentro en que esta última sal, al disolverse en agua, solamente se ioniza, y el cloruro amónico se hidroliza, separándose cierta cantidad de amoníaco y de ácido clorhídrico, y en estas circunstancias se transforma más fácilmente la sal mercuriosa en mercúrica.

Voy á ocuparme ahora de la insolubilidad en agua del cloruro mercurioso ó calomelanos, admitida generalmente, á pesar de que se disuelven algo, como otros cuerpos tenidos por insolubles. Llama la atención en las obras muy modernas de Química, una tabla con el epígrafe de «Solubilidad de los cuerpos insolubles», que á primera vista parece una paradoja, en cuya tabla figura el cloruro mercurioso con una solubilidad de 3'1 milígramos en litro de agua, algo más que el cloruro de plata y el sulfato de bario. Cuando se mezclan los calomelanos con agua, y lo mismo otras sales consi-

deradas como insolubles, se ionizan en parte, y determinando la conductibilidad eléctrica del líquido, que se halla en razón directa del número de *iones*, se averigua la solubilidad de la sal.

La solubilidad de los calomelanos en agua, aunque pequeña, y la que se origina en el organismo por el cloruro de sodio, me hace creer que la acción de los calomelanos no es exclusivamente debida á la mínima cantidad de cloruro mercúrico que se forma, como dijo Mialhe, y se admite generalmenmente, sino que los calomelanos tienen también por su solubilidad acción propia, aunque más suave y más dulce que la del cloruro mercúrico que puede formarse. (Pollaci cree que los calomelanos deben su acción al sulfocianato mercúrico muy soluble que se forma, y mercúrico reducido por el contacto con los sulfocianatos alcalinos del organismo).

Para terminar, recuerdo lo que expuso el Dr. Carracido de los equilibrios químicos que se verifican en estas asociaciones de medicamentos, diciendo que en toda transformación, en todo fenómeno químico, hay equilibrio más ó menos perceptible, según la concentración de las masas, y aun creo que en estas transformaciones de que estamos tratando podría aplicarse la nueva ley de las fases, inventadas por Gibs, que nos aclararía ciertos hechos no bien conocidos acerca de la mezcla de medicamentos y de su acción terapéutica. Yo me atrevo á hacer esta aplicación sin esperar á que nos la apunten del extranjero. Conociendo el número de componentes de un sistema químico y lo que Gibs llama fases físicamente homogéneas, podemos saber las variantes ó grados de libertad, ó lo que es lo mismo, si el sistema es invariante, univariante, bivariante, etc. El equilibrio subsiste cuando la suma de las fases y grados de libertad es igual al número de componentes más 2, esto es, $F + L = C + 2$, y de esta ecuación se deduce los grados de libertad ó variantes del sistema: $L = C + 2 - A$. En el caso que se discute creo que el sistema es bivariante, puesto que hay tres componentes: el cloruro mercurioso, el cloruro de sodio y el oxígeno del aire, que, como demostró Mialhe, interviene en la transformación; y tres fases: el cloruro mercurioso (sólido), la solución del cloruro de sodio (líquido), y el oxígeno de aire (gas); resultando: $L = 3 + 2 - 3 = 2$; y aun dentro del organismo podría tener aplicación esta teoría para explicar ciertas acciones, teniendo en cuenta los nuevos componentes y fases intraorgánicas y las variaciones del sistema por la temperatura, estado eléctrico, presión y otras causas tan variadas en el complicado y misterioso proceso de la vida.

El Dr. *Olmedilla* cita á propósito del asunto que se discutía, el caso de un niño, pariente suyo, á quien prescribió el médico, para combatir las lombrices que padecía, la administración de los calomelanos á la dosis de 10 centígramos, mezclados con una pequeñísima cantidad de almidón, encargando que lo tomara por la mañana en ayunas, que se suspendiera al día siguiente, y que al otro volviera á tomarlo.

Que dada la acción conocida de los calomelanos sobre los oxiuros, remitieron todos los síntomas de la afección después de la primera dosis, pero que á las cuarenta y ocho horas, cuando se iba á administrar la segunda, el niño se vió acometido de dolor epigástrico acompañado de todos los demás síntomas de intoxicación mercurial, lo cual se explica por lo que el doctor Puerta había manifestado, pues que pocas horas después de la primera do-

sis, el niño tomó sopa y huevos, estando aquélla seguramente á una temperatura de 80 á 90°, siendo el cloruro sódico el que, combinado con los calomelanos, produjo en el organismo del niño la formación de cloruro mercúrico.

El Dr. *Rodríguez Carracido* sostiene el criterio de que para estudiar los asuntos científicos hay que disgregarlos y metodizarlos, empezando por los factores primordiales, y que por esto había dirigido sus investigaciones en el sentido de la unión de los calomelanos con diferentes soluciones de cloruro sódico y de las oxidasas; que la actividad de éstas sin la del cloruro sódico, puede ser causa de envenenamientos; que lo mismo sucede con los alcalinos, pudiendo formarse igualmente el cloruro mercúrico sin la intervención de la sal común; que no falta quien atribuya al mercurio que se precipita la acción de los calomelanos; y que hay gran dificultad en los trabajos de laboratorio, tratándose de asuntos tan difíciles.

Añade que se había propuesto investigar la cantidad de cloruro mercúrico que se forma al unir los calomelanos y el cloruro sódico; que, según la concentración de la disolución del cloruro sódico, variaba la anchura de los anillos característicos; que la cantidad de cloruro mercúrico que se produce en tales experimentos, es siempre inferior á las dosis tóxicas; y que en el organismo pueden obrar numerosas causas para producir intoxicación después del uso de los calomelanos.

La talaseterapia en pediatría. — El Dr. *Calatraveño*, reanudado el debate sobre este tema, manifiesta que durante su estancia en Portugal con motivo del último Congreso internacional de Medicina, estudió la organización de Sanatorios marinos en el vecino reino; que existen tres situados en Lutao, Carcabello y Santa Ana, todos ellos bien dotados.

Lee estadísticas relativas al Sanatorio lusitano de Setubal, que prueban los grandes beneficios alcanzados por los niños sometidos á la cura marina, habiéndose alcanzado una notabilísima disminución en la mortalidad de los enfermitos.

El tiempo medio de permanencia en el Sanatorio es de unos setenta días, pudiendo calcularse el gasto diario de unas dos á tres pesetas por cada niño.

Se observan allí casos de curación verdaderamente maravillosos, citando el de una niña con coxalgia del lado izquierdo, á quien bastaron tres meses de permanencia en el Sanatorio de Santa Ana para que desapareciera la supuración, cerrándose los trayectos y engrosando 20 kilos, siendo de notar que la enfermita, antes de ingresar en dicho Sanatorio, estuvo sometida á tratamiento durante cuatro meses sin experimentar ningún alivio; que es grande el número de estados patológicos que allí se curan, y que en los estados pretuberculosos y enfermedades de la vista, se obtienen resultados sorprendentes, así como en la escrófula ganglionar y tuberculosis óseas.

En general, para obtener tan brillantes éxitos, los enfermitos deben permanecer seis meses, obligándose á los niños á que hagan vida de playa, sin casi emplearse otros medicamentos que la acción del aire marino, el aceite de hígado de bacalao y los preparados yodotánicos y una alimentación suculenta y frecuente, pues los niños hacen cinco comidas diarias.

De este modo se ha logrado disminuir la mortalidad de manera prodi-

siosa gracias á la campaña vigorosa de los médicos, de la prensa secundada por las clases pudientes, y sobre todo por la Reina Amelia, que se ha puesto al frente de estas instituciones de caridad.

Termina manifestando que, en resumen, las estadísticas de los sanatorios portugueses muestran la inmensa utilidad de tales instituciones; hace votos por su desarrollo en España y dirige una excitación á nuestras autoridades sanitarias para que presten ayuda al Sanatorio Marino de Chipiona y se atienda á la creación de otros.

El Dr. *Tolosa* insiste en la beneficiosa influencia de la permanencia larga á la orilla del mar para la curación de los niños afectados de los procesos morbosos ya enumerados en el curso del debate, y especialmente para obtener la curación de las lesiones tuberculosas de los huesos sin acudir á la cirugía. En Italia se había observado por el Dr. Darclay que muchos de los niños sometidos sólo dos ó tres meses á la cura marina, volvían á recaer, por lo que se estudió allí la manera de que los enfermitos pudieran permanecer más tiempo á la orilla del mar.

Se ocupa de los sorprendentes resultados que se obtienen en el raquitismo, en las oftalmías y en la influencia de la estancia cerca del mar en la segunda dentición, según había podido observarse en niños de nueve á diez años, atribuyendo esto á la influencia del cloruro de sodio y á la acción aún sin estudiar de la luz.

Cita una notabilísima observación que hizo en un Sanatorio cerca de Amberes, y termina rogando nuevamente que la Academia tome esta cuestión bajo su amparo, para que contribuya con su prestigio á la difusión de los Sanatorios Marinos en España.

De la antipneumokochina.— El Dr. *Codina* manifiesta que aun cuando el tiempo de que podía disponer era tan escaso, ya que había pedido la palabra en la sesión anterior, después de leer el Dr. Larra las conclusiones del trabajo del Dr. Semprún, iba á decir algunas palabras, lamentando no poder ser más extenso, dada la naturaleza del asunto.

Que había tenido ocasión de practicar en el Hospital Provincial una serie de experimentos en sujetos tuberculosos, á los que trató con el formiato de albumen, producto preparado también por el Dr. Semprún, producto que por ser español, y al parecer perfectamente definido y sin estigmas de ocultación del *modus faciendi*, ensayó en los tuberculosos de su clínica, observando sus efectos con el mayor rigor científico posible para formar un juicio completamente imparcial, y que como éste es asunto que hace necesaria una exposición detenida, no podía abordarlo en aquel momento por estar para terminar la sesión; pero que sí consignaba que la lectura que el Dr. Larra había dado al trabajo del Dr. Semprún, respecto á la antipneumokochina, le había impresionado, por una parte, muy favorablemente, al ver que demostraba el autor grandes conocimientos acerca de la materia, y sobre todo de las defensas orgánicas y del proceso curativo del tubérculo; pero que, por otra parte, le habían impresionado en sentido contrario las sombras que envuelven la preparación del *mordiente*, la asociación de éste al formiato de cal y á la albúmina, los resultados experimentales obtenidos, y el nombre, aunque sea provisional, con que ha bautizado al nuevo producto.

PERIÓDICOS

Del fluotal.—El Dr. F. Berini, publica en la *Revista de Medicina y Cirugía* de Barcelona, lo siguiente:

«Se presenta el fluotal (fino-bromo-fenil bismútico), en forma pulverulenta, de color ligeramente amarillo, sin olor apenas, insoluble en agua y en alcohol. Por las propiedades de sus componentes ya se comprende que debe ser un antiséptico. Lo es, en efecto, así como también ligeramente estimulante.

La particularidad principal está en la presencia del fluor, cuerpo de los más enérgicos que se conocen, pues, como todos sabemos, ataca casi todos los metales, destruye el cristal y la porcelana, etc. Su manejo es sumamente difícil y los ensayos que con este cuerpo se habían hasta la fecha practicado, resultaron un fracaso; recuérdese las inhalaciones de ácido fluorhídrico contra la tuberculosis. Y sin embargo, todos reconocen en el fluor propiedades antisépticas de primer orden. La cuestión estribaba en suprimir, ó en reducir á su menor expresión, las propiedades cáusticas que posee. Parece haberse logrado en la combinación ó conjugación señalada.

Mi experimentación se refiere á tres órdenes de procesos: las otitis medias purulentas, la rinitis atrófica y los abscesos tuberculosos.

En la otitis media purulenta crónica, cuyo fondo tuberculoso es evidente en muchas ocasiones, lo he ensayado con buen resultado. Después de los lavados de rigor en estos casos y cuando los enfermos habían agotado la lista de los antisépticos pulverulentos ó líquidos, he ordenado en varias ocasiones las insuflaciones de fluotal. No diré que la supuración desapareciera del todo, pero sí que he visto en la mayoría de casos una modificación favorable en la cantidad de pus que sale, en el aspecto de la mucosa de la caja, en la desaparición de las pequeñas granulaciones que dan á aquélla un aspecto aframbuesado, etc. Los resultados son, pues, muy ventajosos dada la cronicidad y rebeldía de la afección.

En las mismas otitis medias agudas ó subagudas, cuando ya finaliza el proceso flogístico y acostumbramos emplear la cura seca de Bezold (insuflación de ácido bórico finamente pulverizado), he sustituído el ácido bórico por el fluotal con muy buenos resultados.

En la rinitis atrófica, este proceso, que, como ya he dicho en otra ocasión, pone á prueba la paciencia del enfermo y del médico, y cuando por circunstancias especiales no he podido practicar las inyecciones de parafina, he ordenado los lavados alcalino antisépticos que se acostumbran, más las insuflaciones de fluotal.

Sin poder dar una opinión categórica sobre su resultado, creo poder recomendar este producto, pues á su nula acción irritante une la de favorecer la secrección de mucosidad, condición favorable para impedir la desecación de las costras, con más la de disminuir el mal olor de un modo bastante perceptible. Dos buenas condiciones que creo apreciarán los que ensayen este producto. Una precaución quiero, sin embargo, hacer presen-

te, y es la de limpiar bien antes las fosas nasales para expulsar todas las costras y mucosidades que pueda haber en ellas, ya que de lo contrario forman costras y polvo que ponemos, un magma, que desecando más aquéllas, hace más difícil su expulsión.

Pero donde mejor resultado he visto del medicamento que me ocupa, es en los abscesos fríos. Dos casos he tenido ocasión de tratar y los éxitos han superado á mis previsiones.

El primer caso hace referencia á una mujer de veinticinco á treinta años, con el cuello lleno de costurones. Hará cosa de mes y medio tuve que dilatarle un absceso francamente tuberculoso del lado derecho del cuello. Después de la incisión toqué la superficie cruenta con una solución de cloruro de zinc y después taponé con gasa yodofórmica. Las curas se hacían con el cloruro de zinc y la mencionada gasa. A los quince días, la úlcera atónita, tapizada de fungosidades pequeñas y sangrantes al menor contacto, no presentaba trazas de cicatrizar. Apelé al lápiz de nitrato de plata y al bálsamo cativo mangle asociado al bálsamo del Perú. Disminuyó la supuración, presentó la úlcera mejor aspecto, pero no cicatrizaba. Tuve que incindir un pequeño recodo y entonces fué cuando apelé al fluotal. No tardaron muchos días en verse los beneficiosos resultados; los mamelones presentaban buen aspecto, apenas sangraba la úlcera y había tendencia manifiesta á la curación. Está próxima á ser dada de alta.

En el segundo caso se trata de un niño escrofuloso con adenitis cervical múltiple y con algunos ganglios reblandecidos que incindí.

Después de tocar el fondo con el cloruro de zinc, espolvoreé las heridas con yodoformo y ordené le curaran con una solución de bicloruro hidrargírico al medio por mil y aplicación de yodoformo.

Dada la lentitud con que la cicatrización se operaba, sustituí el yodoformo por el fluotal y es de ver en el espacio de ocho ó diez días los cambios que se han operado. No está, es verdad, curado (y aun le falta mucho), pero no es menos positivo que los cambios operados son notables».

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 10 de Julio de 1906.

El paludismo en Madagascar. — El Dr. BLANCHARD: Las defunciones por paludismo en Madagascar alcanzan actualmente una cifra muy elevada. En Tananarive 48 en 1900, 77 en 1901, 104 en 1902, 137 en 1903, 277 en 1904, 686 en 1905 y, en fin, por cuatro meses de 1906, 980 por 40.000 habi-

tantes. Por lo tanto, existe en Tananarive, hasta ahora muy salubre dada su altitud, una epidemia formidable, especialmente en los grandes trabajos públicos ejecutados recientemente (carreteras y ferrocarriles). Los hovas, que bajaron de las altas mesetas, no eran palúdicos, y han sido diezmados por el paludismo; y poco á poco, á medida que los trabajos avanzaban, el ejército de anofeles aumentaba. Es lo mismo que ocurrió con la fiebre amarilla en América cuando se construía la línea de Veracruz á Méjico. A medida que los trabajos se verificaban, los obreros eran perseguidos por dos especies de mosquitos, hasta entonces ignorados en Tananarive y muy difundidos después: el *pyretophorus costalis* y el *myzomya funesta*. Hasta el presente, las medidas tomadas contra el paludismo son insuficientes, y tendrían que tomarse las propuestas en dos ocasiones por Laveran, y que aplicadas en la Habana contra el agente de la fiebre amarilla, han dado excelentes resultados: 1.°, destrucción completa, por relleno y riego con petróleo, de todos los nidos de mosquitos; y 2.°, colocación en las puertas y ventanas de telas metálicas de mallas de un milímetro.

Profilaxis del paludismo y de la fiebre amarilla en el Senegal. — El Dr. Kermorgant: La compañía del ferrocarril de Dakar á San Luis (Senegal) ha adoptado de algunos años á esta parte medidas para proteger á sus agentes contra las picaduras de los mosquitos, agentes motores de la fiebre amarilla y del paludismo, colocando telas metálicas en todas las aberturas de las estaciones y de las habitaciones de su personal. Al principio ha encontrado entre sus empleados muchos recalcitrantes, pero las dudas de algunos no han tardado en desaparecer en presencia de los resultados obtenidos; en consecuencia, la compañía se propone generalizar la aplicación de las medidas que han dado unos efectos tan brillantes. En San Luis, en 1902 1903, antes de proteger las habitaciones con las telas metálicas, se sumaron 139 días de hospital y 44 días de incapacidad para el trabajo por 10 empleados enfermos de dicha estación. En 1904-1905, después de la protección mecánica, el número de días de permanencia al hospital ha descendido á 13, y el de días de incapacidad para el trabajo ha sido de 13, por dos empleados enfermos; las mismas proporciones existen en las otras estaciones. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 11 de Julio de 1906.

Heridas del corazón. — El Dr. Rochard: Voy á ocuparme de tres casos de este género, cuyas observaciones han remitido á la Sociedad los Dres. Camus y Lenormand. No insistiré sobre la elección y formación del colgajo torácico. El Dr. Lenormand ha seguido la práctica de Fonton. El Dr. Camus seccionó los cartílagos de las costillas tercera, cuarta, quinta y sexta, para llegar al ventrículo. La última costilla puede ser respetada. En ciertos casos es preciso seccionar la segunda. En los tres enfermos de los doctores Camus y Lenormand la herida interesaba el ventrículo derecho. Las

suturas se hicieron con seda, empleándose el desagüe. Quizá convenga suprimirle, porque puede ser causa de supuración.

De los 68 casos tratados por la sutura, se citan 17 curaciones, 11 sin desagüe y 6 con él. Algunos enfermos murieron al ser operados, así que se plantea el problema del amasamiento del corazón. Es lo que hizo el Dr. Lenormand en su enfermo, por haberse paralizado temporalmente la respiración. Además de los medios ordinarios aconsejados para remediar este accidente, practicó el amasamiento del corazón y consiguió que se contrajera de nuevo dicho órgano. El enfermo murió cinco horas después á causa de las perforaciones gástricas é intestinales producidas por el proyectil, que había lesionado el ventrículo cardíaco.

Volviendo al amasamiento del corazón, puede preguntarse si estará indicado en todos los accidentes que provoca la cloroformización ó la eterización. Sabemos que pueden seguirse tres vías para llegar al corazón: la esternocostal, la abdominotransdiafragmática y la infradiafragmática.

La vía esternocostal ha sido utilizada en 17 casos; ha producido 12 resultados negativos, cuatro éxitos transitorios y uno completo. Debe ser abandonada, y lo mismo puede decirse de la vía abdominotransdiafragmática, con la que sólo se consiguen fracasos. La infradiafragmática es la única que merece aconsejarse, porque de cinco casos se han obtenido tres resultados completos, uno transitorio y un fracaso. Como se comprende, no debe emplearse más que después de fracasar los otros medios de respiración artificial.

El Dr. Delorme: He leído que un autor, cuyo nombre no recuerdo, aconseja otro medio para despertar la contracción del corazón, la excitación de su pared interna.

El Dr. Quénu: Se ha conseguido, en efecto, que el corazón lata de nuevo inyectando en la cavidad ventricular agua salada.

Tumor ganglionar del pliegue de la ingle. — El Dr. Broca: El Dr. Gaudier nos ha comunicado la observación de un niño que tenía un tumor voluminoso en la ingle. El tumor ocupaba todo el triángulo de Scarpa. Como era imposible por los caracteres del tumor hacer el diagnóstico, se extirpó un pequeño fragmento para someterlo al examen histológico. Antes de toda tentativa operatoria se ensayó la radioterapia, con la que se obtuvo la curación en diez sesiones. A los tres meses no quedaban en la ingle más que algunos pequeños ganglios infartados. El examen histológico no fué afirmativo, porque para unos se trataba de simples granulaciones carnosas y para otros de tuberculosis sin bacilos.

Hematoma subperitoneal. — El Dr. Tuffier: El enfermo objeto de esta observación era un hombre de cuarenta años que había tenido varias crisis de cólicos hepáticos sin ictericia. Hace seis años tuvo dolores fuertes en el hipocondrio derecho y sufrió una caída, lesionándose la región lumbar; durante varios días hubo hematurias. El día antes de ingresar el enfermo en el hospital sintió de repente un dolor agudísimo en el hipocondrio derecho y tuvo además vómitos. Al día siguiente tenía 80 pulsaciones, estaba muy pálido, sentía dolor á la presión, aunque el vientre estaba flácido; en el flanco derecho había tumefacción.

Veinticuatro horas después, en vista de que eran mayores la palidez del

enfermo y la debilidad del pulso, decidí practicar la laparotomía lateral. Abierto el vientre, descubrí que el peritoneo estaba intacto, pero que el colon ascendente y la mitad del transverso eran de color negruzco, debido á una infiltración sanguínea. Al separar las hojas epiplóicas salió una ola de sangre y una masa friable análoga al sarcoma, que procedía de un tumor renal. El riñón fué extirpado.

En resumen: se trataba de un hematoma subperitoneal espontáneo, debido á la ruptura de una neoplasia renal.

El Dr. Bazy: He observado un enfermo con hematoma perirrenal; este individuo había tenido algunas hematurias. Abrí, limpié y desagüe la bolsa. El riñón me pareció infectado. El enfermo murió á los pocos días y la autopsia no permitió descubrir la causa de la muerte.

El Dr. Michaux: He observado un caso de hematoma, pero anterior. Produjo accidentes agudos y alarmantes, que obligaron á practicar la laparotomía. Entonces descubrí que la sangre procedía de la arteria epigástrica ateromatosa. El enfermo murió, á pesar de la ligadura doble que se aplicó á la arteria.

Epididimitis agudas tratadas por el método de Bier. — El Dr. Chaput: El enfermo objeto de esta observación era un joven de veintisiete años, que padecía lesiones tuberculosas pulmonares y epididimitis aguda doble con caracteres de degeneración tuberculosa. Había, además, en un lado, funiculitis. Nada de derrame uretral. Como tratamiento se aplicó por la noche una ligadura elástica á la raíz de las bolsas, dejándola aplicada de diez á doce horas. A los quince días la curación era completa, lo cual me hace dudar respecto á la naturaleza tuberculosa de la afección.

El Dr. Hartmann: No creo evidente la naturaleza tuberculosa de estas epididimitis, y por otra parte, no debe olvidarse que en ciertos casos, aun sin tratamiento, se observa una fase subaguda que desaparece en pocos días.

El Dr. Tuffier: En las epididimitis simples, el método de Bier es, al parecer, eficaz; pero en las tuberculosas no es posible precisar su valor.

El Dr. Walther: Hago mía la anterior afirmación, añadiendo que muchas veces el diagnóstico es difícil.

El Dr. Michaux: He empleado tres veces este método, manteniendo aplicada la ligadura durante cinco á seis horas diarias. El resultado ha sido dudoso. En un caso se formó un absceso y el testículo fué eliminado.

Herida de la médula. — El Dr. Routier: El hombre que presento recibió una cuchillada en el dorso, hacia la tercera apófisis espinosa dorsal, y cayó inmediatamente en tierra, siéndole imposible mantenerse en pié. A su ingreso en el hospital, se observó que todo el lado izquierdo del cuerpo estaba paralizado por debajo de una línea horizontal que atravesaba la región mamaria. Supresión completa de los reflejos, hiperestesia acentuada, signo de Babinsky positivo. En el lado derecho los movimientos eran, por el contrario, normales, aunque había anestesia completa. La línea media marcaba con exactitud el límite de las dos zonas. Retención de orina. Al día siguiente, por la punción lumbar se extrajo una jeringa de Pravaz de líquido teñido de sangre. Los movimientos voluntarios reaparecieron casi al punto, los trastornos de los esfínteres cesaron, pero persistieron la hemianestesia

derecha y la hiperestesia izquierda. Este estado persiste casi sin variar desde el 24 de junio último, fecha de ingreso del enfermo en el hospital. Este individuo no es histérico. La interpretación del fenómeno es difícil. Creí al principio en la hemisección de la médula; pero hoy me parece dudoso este diagnóstico, en vista de que la parálisis motora desapareció á beneficio de una simple punción lumbar. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 19 de Junio de 1906.

Tratamiento de la parálisis diftérica. — Los Dres. *Guinon* y *Pater* refirieron dos casos de parálisis diftérica. El primero se refiere á un niño que padecía parálisis del velo palatino, la cual se generalizó con rapidez; sobrevinieron fenómenos cardíacos, y el niño murió. Durante los cinco días que permaneció en el hospital se le administraron 50 cent. cúb. de suero de Roux. El segundo niño padecía parálisis diftérica; los síntomas paralíticos mejoraron con rapidez, y el enfermo curó. En este caso no se hicieron inyecciones de suero. Aunque sin pretender sacar de estos dos casos conclusiones generales contra el tratamiento seroterápico de las parálisis diftéricas, puede deducirse del 1.° que este tratamiento no impide á las parálisis producir la muerte, y del 2.° que pueden sobrevenir espontáneamente mejorías bruscas de estas parálisis, como las que el Dr. Comby atribuye á la acción del suero.

El Dr. *Rist* dijo que el suero antidiftérico es antitóxico únicamente por los productos solubles que segrega el bacilo diftérico, porque es el anticuerpo que se obtiene inyectando á los animales estos productos solubles. Jamás ha sido posible obtener experimentalmente parálisis diftéricas con dichos productos solubles. Para producirlas en los animales ha sido preciso emplear los cuerpos bactéricos que contienen endotoxinas insolubles en los caldos de cultivo, y que no neutraliza el suero antidiftérico ordinario. Las parálisis diftéricas deben atribuirse á estas endotoxinas, así que no puede sorprender que el suero antidiftérico sea incapaz de prevenirlas y de curarlas. Es necesario recurrir al anticuerpo de las endotoxinas. El Instituto Pasteur prepara, además del suero antidiftérico común, otro suero antibactérico que se obtiene de los cuerpos bacilares. Según las observaciones del Dr. Vincent, que lo ha empleado en Val-de-Grâce, dicho suero es susceptible de evitar por completo las parálisis diftéricas.

El Dr. *Comby* manifestó que no puede negarse la propiedad preventiva del suero respecto á la parálisis diftérica. Esta se ha hecho tan rara que no se observa en las clínicas de difteria; los casos que he observado son de parálisis tardías que sobrevinieron después de difterias desconocidas ó tratadas de mala manera.

El Dr. *Rist* dijo que no negaba la disminución de las parálisis desde que se emplea la seroterapia. Se debe á que el suero disminuye la duración del período infeccioso; pero carece de propiedad preventiva directa y se citan muchos casos de parálisis diftéricas que sobrevinieron, aunque se emplea-

ron dosis elevadas de suero. ¿Por qué la parálisis diftérica no es más frecuente en estas condiciones? Débese, sin duda, á las diferencias grandísimas que existen entre los diversos bacilos diftéricos desde el punto de vista de su abundancia en endotoxinas.

Absorción de la grasa y de los albumineides en los niños sanos y dispépsicos. — Los Dres. Nobecourt y Merklen: Para estos estudios conviene considerar comparativamente la cantidad de grasa ingerida, la absorbida y el coeficiente de absorción. En un primer grupo de casos, niños de diecisiete á treinta días que pesan 2.000 á 2.500 gramos, amamantados, que aumentan cotidianamente 21 gramos y que ingieren 20'17 gramos de grasa, absorben 19'92 gramos y tienen un coeficiente de absorción de 97'80 gramos por 100 de grasa ingerida. En otro segundo grupo, niños de la misma edad y de igual peso, pero dispépsicos mejorados, que ingieren sólo 15'64 gramos de grasa, absorben 15'31 gramos, y tienen un coeficiente de 97'51; aumentan cotidianamente 20 gramos; su capacidad de absorción de la grasa está, pues, disminuída. Esta capacidad de absorción, ligera al principio, mejora poco á poco. La misma observación se ha hecho en un niño criado con leche esterilizada; en la primera fase, en la que perdía 5 gramos diarios de peso, ingería 19'37 gramos de grasa, pero sólo absorbía 15'81 gramos, ó sea 86'26 por 100; en otra fase, en la que ganaba cotidianamente 47 gramos, los valores eran los siguientes: 21'93 gramos, 20'89 gramos, 95'23 gramos. Es conveniente, por lo tanto, calcular en los niños dispépsicos la capacidad digestiva para las grasas, á fin de reglamentar su cantidad en el régimen.

Los niños normales de ocho días á un mes, de 2.000 á 2.500 gramos de peso, que ingieren 7 gramos diarios de albúmina, excretan 0'15 gramos de úrea en las veinticuatro horas, ó sea 1'86 gramos por 100 de la albúmina ingerida y 0'04 gramos por kilogramo de peso. En los niños que padecen trastornos dispépsicos y que ingieren 9 gramos de albúmina por día, los valores respectivos son los siguientes: 0'46 gramos, 5'10 gramos, 0'13 gramos; los mismos niños, una vez mejorados, por 6'67 gramos de albúmina ingerida, eliminan 0'63 gramos de urea, ó sea 0'60 gramos por 100 de albúmina ingerida y 0'20 gramos por kilogramo. En los niños enfermos criados con leche esterilizada que ingieran 14'12 gramos de albúmina, eliminan 2'12 gramos de urea por día, 13'90 gramos por 100 de albúmina, 0'52 gramos por kilogramo. En resumen, mientras que los niños normales eliminan poca urea en relación con la cantidad de albúmina ingerida, los que padecen trastornos digestivos eliminan una cantidad que es, con relación á esta albúmina, de tres á ocho veces superior; este valor, el más elemental, se encuentra en los niños que ingieren una cantidad de albúmina dos veces mayor que los niños normales.

El Dr. Barbier: Los análisis de este género dan resultados que exigen la interpretación, y para ella es preciso tener en cuenta gran número de factores, cuya influencia verdadera no puede apreciarse con exactitud. La cantidad de urea eliminada no depende de la albúmina ingerida, sino de la digerida y utilizada, y es imposible saber en un caso dado qué proporción se utiliza. En los niños dispépsicos ha obtenido el Dr. Nobecourt una proporción de urea que corresponde á una cantidad de albúmina su-

perior no sólo á la utilizada, sino á la ingerida. En dichos niños esta urea debe proceder de los tejidos: se hallan, por lo tanto, en estado de autofagia azoada. Sin embargo, en vez de enflaquecer, la mayor parte de ellos engordàn unos 10 gramos diarios. Compensan, por lo tanto, y con exceso, su pérdida en tejidos azoados por ganancias en agua y en substancias ternarias. El aumento de peso es, por lo tanto, un signo insuficiente del estado nutritivo. Puede, por consiguiente, preguntarse si el gasto de tejidos azoados es obligatorio para sustituir la grasa, que se digiere de un modo imperfecto, porque se encuentra una proporción elevada en los excrementos. Haciendo ingerir substancias sacarinas para compensar la asimilación insuficiente de las grasas, quizá disminuiría la eliminación de úrea.

(*Se suspenden las sesiones hasta el mes de octubre*).—F. Toledo.

XV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Celebrado en Lisboa del 19 al 26 de Abril de 1906.

(Continuación).

La coagulación de la sangre.—El Dr. J. R. Carracido: En el último decenio, y cada año con mayor interés, han sido asunto preferente de las investigaciones fisicoquímicas los cuerpos coloides, como lo patentiza la abundancia de su reciente literatura; y siendo el plasma sanguíneo un líquido en el que coexisten materias coloides y cristaloides, como era de esperar, los resultados de dichas investigaciones habían de ilustrar el obscuro problema de la coagulación de la sangre, el cual, sin perder todavía en absoluto su carácter biológico, va entrando cada vez en mayor proporción en los dominios de la Fisicoquímica.

Existen en el plasma sanguíneo tres proteinas: la *seroalbúmina*, la *seroglobulina* y el *fibrinógeno*.

El calor coagula la primera (ó la mezcla de las varias seroalbúminas, según Halliburton), desde 73° á 84°; la segunda, desde 60° á 75°, y el tercero, á 56°.

El cloruro sódico no coagula, por saturación, la seroalbúmina; pero al 30 por 100 coagula la seroglobulina, y al 15 por 100 el fibrinógeno.

Todos los coloides, según calificativo de Ostwald, son *metaestables* en el seno de los líquidos que los contienen; pero de los tres contenidos en el plasma, el fibrinógeno, que es el que transformado en fibrina constituye el coágulo, es el menos estable en su asociación con el líquido, y, por consiguiente, el que ménos resiste á los agentes de la coagulación.

Pero la del fibrinógeno de la sangre, ni á las acciones dichas de la temperatura ni de la concentración salina puede atribuirse, no sólo porque una y otra en el líquido sanguíneo distan de los puntos en que el fenómeno se produce, sino principalmente, por no producirse en el interior del aparato circulatorio.

Es unánimemente aceptado que la coagulación del fibrinógeno la determina una zimasa exudada por las plaquetas (y según algunos también por

los leucocitos), cuando las hieren rugosidades ó asperezas de superficies que destruyen su delicadísima organización. Es, además, indispensable la existencia del calcio en la sangre para que su coagulación se produzca, porque sabido es que los oxalatos y fluoruros alcalinos precipitantes de dicho radical metálico convierten á la sangre en líquido incoagulable.

Arthus y Pagés dedujeron de este hecho que la presencia del calcio era imprescindible para la coagulación; pero se les objetó que la causa de no producirse el fenómeno quizá no fuese la separación del calcio, sino la acción anticoagulante de las mencionadas sales alcalinas. Bordet y Gengou patentizaron con nuevos experimentos que los oxalatos y fluoruros impiden la coagulación por el único motivo de precipitar el calcio, confirmando la conclusión sustentada por los dos investigadores anteriormente citados.

Las plaquetas heridas no parecen ser las únicas capaces de producir zimasa coagulante, porque los trabajos de Delezenne y más recientemente los de Conradi han mostrado que por traumatismo de los tejidos y por expresión de los órganos resultan productos coagulantes cuya acción es acelerada por el cloruro cálcico. Según observaciones de E. Duclaux, las cantidades de zimasa coagulante que contienen los tejidos y la contenida en los leucocitos, están en razón inversa.

Supuso Arthus que la zimasa tomaba calcio del plasma para cedérselo al fibrinógeno y convertirlo en fibrina, siendo ésta una combinación cálcica de aquél; pero Hammarsten patentizó que en las cenizas del fibrinógeno y de la fibrina está contenida la misma proporción de calcio.

Ante este hecho, Arthus hubo de aceptar la idea de Pekelharing, según la cual la susbtancia exudada de las plaquetas no es la zimasa activa, sino un zimógeno que necesita absorber calcio para convertirse en aquélla y ejercer su acción sobre el fibrinógeno, de igual manera que la pepsina inactiva en medio neutro se convierte en agente peptonizante por la adición de ácido clorhídrico.

El zimógeno es una nucleoalbúmina que, según Pekelharing, puede aislarse por enfriamiento á 0° del plasma oxalatado ó del peptonado, del cual se separa en forma granular. Por la adición de sales cálcicas adquiere la propiedad coagulante.

La zimasa cálcica es la verdaderamente activa, la que determina la transformación del fibrinógeno del plasma en la fibrina del coágulo.

¿Cómo actúa la zimasa coagulante? Su acción es la de todos los *catalizadores* que obran provocando ó acelerando el curso de las reacciones, y de la cual nada sabemos respecto á su mecanismo íntimo, sólo conocemos sus efectos. El intento de explicar el proceso de la acción de dicha zimasa sería aquí inoportuno, porque este problema especial ha de plantearse juntamente con el de la acción de todas las zimasas, y resolverlo respecto á una será poner en claro el hoy obscuro papel de los catalizadores en el curso de los procesos bioquímicos. Revelar los mecanismos de las acciones zimásicas será descifrar la clave de las condiciones, al parecer extraordinarias, en que se efectúan las mutaciones materiales en los organismos.

Remitimos el problema particular de la zimasa coagulante al general de las acciones zimásicas, cuya resolución despejará la gran incógnita de la Biología, y me limitaré á consignar que no debe sorprender que la zimasa

en cuestión sólo coagula á una de las tres proteinas coexistentes en el plasma, no sólo por ser la más coagulable, según queda dicho, sino también por ser específica la acción de todas las zimasas, como consecuencia de la asimetría de sus moléculas, por la cual ha dicho E. Fischer que deben ser imaginadas en sus relaciones con las materias fermentables como la llave respecto á la cerradura.

Por la acción específica de la zimasa coagulante sobre el fibrinógeno es por lo que se la ha denominado *fibrinofermento.*

Para explicar la transformación del fibrinógeno en fibrina, volvamos la vista á los estudios efectuados por los químicos sobre la coagulación de las disoluciones (ó mejor dicho de las seudodisoluciones) coloides, y prescindiendo, por conceptuarlas poco aplicables al caso presente, de las teorías basadas en la carga electroestática de los iones procedentes de la disociación de los electrolitos, estimándolas á lo sumo como explicativas de las acciones determinantes, pero no de las eficientes, nos fijaremos en las teorías químicas, y especialmente en la formulada por J. Duclaux.

En el estudio de las condiciones de formación del ferrocianuro cúprico añadiendo muy paulatinamente disolución diluidísima de sulfato de cobre á otra de ferrocianuro potásico, observó que en el primer momento se inicia la formación de un ferrocianuro potasicocúprico que queda disuelto, constituyendo disolución coloide, en el cual es mínima la proporción de cobre, pero á medida que esta va aumentando por la adición de cantidades sucesivas de sulfato, llega un punto en que se rompe el metaestabilismo de la disolución coloide y aparece el precipitado, el cual sigue todavía transformándose en el seno del líquido en el sentido de ir perdiendo potasio y ganando cobre hasta el límite de la total conversión del ferrocianuro potásico ($Fe\ Cy^6\ K^4$) en ferrocianuro cúprico ($Fe\ Cy^6\ Cu^2$).

Esta gradual transformación entre los dos indicados extremos se efectúa siempre de manera que en las formas intermedias $Fe\ Cy^6\ K^m\ Cu^n$ las proporciones de potasio y cobre han de sumar las cuatro valencias correspondientes á la saturación del radical ferrocianógeno ($Fe\ Cy^{6''''}$).

De este hecho y de otros análogos concluye J. Duclaux que «la composición química de un coloide es variable entre límites distantes, debiendo ser considerada como una función *contínua* de la del líquido intergranular, al cual nada se puede añadir sin que el coloide se apodere de algo».

El proceso relativo á la coagulación lo subordina J. Duclaux á las dos leyes siguientes:

1.ª La coagulación de un coloide va siempre acompañada de un cambio de composición química.

2.ª Este cambio consiste en la sustitución, en proporciones equivalentes, de ciertos radicales del coloide por los de la substancia coagulante.

Tal importancia concede el investigador de las precedentes leyes á dicha sustitución, que llega hasta indicar que podrá ser utilizada para el conocimiento de la estructura química de substancias complejas, efectuando la sustitución de radicales orgánicos por radicales metálicos.

Veamos ahora la transcendencia de las ideas precedentes al conocimiento del mecanismo de la coagulación de la sangre.

Es verdad que Hammarsten patentizó que el fibrinógeno y la fibrina

contienen igual proporción de calcio, pero al mismo tiempo puso de manifiesto que la segunda contiene mayor proporción de materia mineral que el primero, aportando con este dato, aunque sin hacerlo notar, un nuevo testimonio á lo observado por Freund respecto á los fosfatos contenidos en la fibrina.

En el análisis del fibrinógeno y de la fibrina de la misma procedencia encontró Hammarsten las siguientes proporciones de cenizas:

	Cenizas p. 100.		Cenizas p. 100.
Fibrinógeno (*a*).	0,347	Fibrina (*a*)....	0,432
Fibrinógeno (*b*).....	0,310	Fibrina (*b*)....	0,579

No se ha fijado la atención en estos datos todo lo que en mi sentir debía fijarse.

Siempre forma parte de la materia organizada una cierta proporción de materia mineral, pequeña en los tejidos blandos y grande en los tejidos duros.

Como término medio, los músculos contienen 1'2 por 100 de sales minerales, el tejido cartilagíneo de 3 á 6 por 100 y el óseo 22 por 100.

Es digno de ser notado que á medida que aumenta la proporción de materia mineral se ve más simplificada la constitución química de la materia orgánica. La del tejido muscular tiene toda la complejidad de las proteinas, la del cartilagíneo es menos compleja que la de aquél, pero mucho más que la del óseo; la oseina es una fracción del condromucoide.

Reconociendo que en la materia organizada no existe el supuesto dualismo de la orgánica y la mineral, sino que todos sus componentes forman armónico conjunto, á semejanza de los diferentes radicales que integran las moléculas complejas, cabe suponer, aplicando al génesis de la materia de los tejidos las precedentes ideas de J. Duclaux, que en este génesis, como en el proceso de coagulación de los coloides disueltos, hay sustitución parcial de radicales, reemplazando en proporciones equivalentes los de la materia mineral á los de la materia orgánica.

Aceptada esta suposición que concuerda perfectamente con los hechos conocidos, y recordando que la proporción de materia mineral de la fibrina es mayor que la del fibrinógeno, nada violento resulta imaginar la coagulación de la sangre como un principio de formación de materia organizada á expensas del más fácilmente coagulable de los albuminoides circulantes, motivando el tránsito de la disolución al coágulo un comienzo de sustitución de radicales de la molécula del fibrinógeno por radicales metálicos.

La causa determinante de esta coagulación debe ser la catalizadora del fibrinofermento actuando á la manera de los fermentos intracelulares que colaboran en los procesos bioquímicos de la célula, y que según Hofmeister realizan en el curso de su producción sucesiva el epigénesis de las formas organizadas.

Siendo el fibrinógeno una globulina, y el fibrinofermento un nucleoproteido, puede considerarse la coagulación de la sangre, según dice Bottazzi, como un primer vago indicio de la propiedad plasmadora de las globulinas

y de los nucleoproteidos. Y hasta la birefringencia de los filamentos de fibrina observada por Hermann, revela la producción de la materia anisótropa formadora de todos los elementos contráctiles, desde las fibras mioides de los infusorios hasta las del tejido muscular estriado.

Cuando las acciones de las zimasas que determinan la producción de materia organizada tienen el freno de la autorregulación del proceso fisiológico, sólo se ejercen en la medida de la nutrición y desarrollo de las células, pero ejercidas extemporáneamente y en las condiciones violentas de la sangre extravasada, originan coágulos informes de materia que químicamente se asemeja á la organizada, pero sin la forma con que se moldea en el seno de los elementos celulares.

Y como un argumento más en favor de esta conclusión, aunque la materia formada es *anhista*, también puede tomarse en cuenta la intervención del agua. Los coloides llamados estables (que son principalmente las materias proteicas) absorben al coagularse mayor cantidad de agua que los llamados inestables (que son los minerales), y el agua retenida en el coágulo que antes se atribuía á la *imbibición* se refiere hoy al género de combinaciones denominado *compuestos de absorción*. Uno de estos hidratos es el que debe formarse en el coágulo sanguíneo, á semejanza de los formados en la intimidad de los tejidos, y en los cuales es forzoso suponer que los albumioides y el agua están unidos químicamente para explicar la constancia de sus proporciones respectivas en el curso de los cambios materiales del organismo.

De ser cierta la supuesta sustitución de algunos radicales de la molécula del fibrinógeno por radicales metálicos, deben quedar en el líquido en que se deposita el coágulo de la fibrina los radicales sustituídos, y la demostración de su presencia sería testimonio incontestable de la tesis sustentada.

Si bien no es posible presentar la prueba directa que en este caso se pide, pueden citarse algunos hechos que parecen confirmar por modo indirecto la indicada transformación química.

Observaron Fredericq y Hammarsten, y lo ha confirmado Arthus, que en las disoluciones de fibrinógeno, cuidadosamente purificadas de seroglobulina, al ser coaguladas mediante el fibrinofermento, no todo el fibrinógeno se convierte en fibrina, sino que una parte, en la proporción del 30 al 40 por 100, queda disuelta y convertida en una nueva materia albuminóidea, denominada *fibringlobulina* coagulable, á 64° (temperatura distante de la de 56° á que se coagula su generador), y con una composición elemental que, según análisis de Hammarsten, aunque difiere poco, no es completamente igual á la del fibrinógeno ni á la de la fibrina.

Por otra parte, la composición elemental de estas dos materias albuminóideas tampoco es idéntica, según los siguientes datos de Hammarsten, referidos á 100 partes:

	C	H	N	S	O
Fibrinógeno.....	52,93	6,90	16,66	1,25	22,26
Fibrina.....	52,68	6,83	16,91	1,10	22,48

Relacionando estas diferencias con la anteriormente indicada de la proporción de cenizas, y también con las vistas por J. Duclaux en el proceso

de la coagulación de los coloides disueltos, ¿no resulta lógico admitir una sustitución de radicales orgánicos por radicales metálicos en el tránsito del fibrinógeno á la fibrina? Y si esta sustitución es la que produce la materia constitutiva de los elementos organizados, resulta que la sangre se coagula á consecuencia de la transformación química correlativa á un verdadero proceso fisiológico; pero desarrollado en este caso en condiciones anormales, de igual manera que el aumento de la destrucción intraorgánica de los eritrocitos produce el infarto del hígado, por desempeñar esta glándula en estado normal el papel de catabolizar la hemoglobina.

Podría tratarse aquí de la acción anticoagulante de las albumosas, del suero sanguíneo de la anguila, de los extractos de tejidos y del extracto de sanguijuela; pero las acciones de todas estas substancias, cuyos efectos, en general, son mucho más notables *in vivo* que *in vitro*, se refieren hoy al desconocido proceso de la formación de los anticuerpos que neutralizan el poder coagulante del fibrinofermento, y la explicación de estos fenómenos negativos queda reducida á suponer la anulación del poder catalizador de la zimasa, que determina la producción del coágulo de fibrina á expensas del fibrinógeno con el concurso de sales minerales.

Conclusiones: 1.ª La coagulación de la sangre es un fenómeno físicoquímico como el de la coagulación de los coloides disueltos.

2.ª El zimógeno exudado por las plaquetas es el que, unido á la cal, forma el catalizador que determina la producción de la fibrina á expensas del fibrinógeno y de las sales disueltas en el plasma.

3.ª La coagulación de un coloide disuelto es consecuencia de un cambio de composición, en el que son sustituídos algunos de sus radicales.

4.ª La producción de la fibrina es consecuencia de un ingreso de radicales metálicos en el fibrinógeno, en igual forma que se produce la materia organizada.

5.ª La coagulación de la sangre puede conceptuarse momento inicial de un proceso bioquímico, cuyos momentos ulteriores se van sucediendo desde el de la formación de la materia de los tejidos blandos, hasta la formación del cartilagíneo, del óseo y, finalmente, del dentario.

Fosfaturia.—El Dr. *A. Muñoz Ruiz de Pasanis* refiere mucho de lo que se ha dicho acerca de la naturaleza de esta enfermedad; afirma, como otros lo han hecho también, que precede y acompaña á la tuberculosis y á la glucosuria, por lo que las pérdidas fosfáticas son consideradas por Teissier como una especie de diabetes sacarina latente, y admite como cierta la hipótesis de que la fosfaturia obedece siempre á un trastorno nutritivo de verdadera importancia, pudiendo aparecer estando el riñón en la mayor integridad fisiológica, y creyendo además que las alteraciones del filtro renal, de cierto orden, pueden ser causa de que la fosfaturia aparezca cuando los sujetos están á ella predispuestos.

Hace la historia clínica, con riqueza de detalles, de algunos casos de fosfaturia sobrevenidos en sujetos con predisposición marcadísima para la tuberculosis, y que padecían de litiasis renal, después de haber sufrido un cólico nefrítico y arrojado gran cantidad de arenillas, como también de otros casos de fosfaturia sobrevenida después de una albuminuria, que se hicieron refractarios, y hasta llegaron á ser mayores las pérdidas fosfáticas

con el régimen que los grandes maestros recomiendan en esta enfermedad, y se curaron, por lo menos aparentemente, de la fosfaturia, con el régimen lácteo absoluto.

También refiere que ha visto sujetos con fosfaturia primero y albuminuria después, terminando este interesante trabajo con las siguientes conclusiones:

La existencia de la albuminuria sin antecedentes de enfermedad renal debe ser motivo para suponer que puede estar ligada á la fosfaturia, así como la fosfaturia puede hacer sospechar su origen albuminúrico ó alguna alteración renal.

Cuando la fosfaturia no desaparece, á pesar del régimen higiénico y medicamentos más indicados, el enfermo deberá someterse al uso exclusivo de la leche, pues hay muchos casos en los cuales la dieta láctea sola determina la curación.

Composición de los glóbulos rojos de la sangre. — El Dr. E. Albrecht: La capa superficial de los eritrocitos está formada, en los vertebrados, por una substancia lipoide (lecitina), más abundante en los mamíferos. La propiedad principal de esta substancia, como todas las grasas, es una afinidad especial por el oxígeno que acumula en disolución sólida y transmite después á la hemoglobina. Acumula también y sirve de vehículo á las substancias disueltas en el suero sanguíneo que tienen más afinidad por los lipoides que por el agua (alcohol, cloroformo, éter, etc).

El interior del eritrocito no contiene elementos estructurales; es un fluído más ó menos homogéneo en el que está disuelta la hemoglobina; para que ésta quede libre es necesario, no sólo que se destruya por completo ó en parte la capa externa lipoide del glóbulo, sino también que se altere su contenido. El núcleo de los eritrocitos contribuye, según toda probabilidad, á la producción de la lecitina superficial y quizá también á la formación de la hemoglobina.

Por consiguiente, todo lo que sabemos actualmente respecto á la estructura del glóbulo rojo le hace considerar como un cuerpo oxigenóforo, y en general, gasóforo por esencia. — F. Toledo.

(Continuará).

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 4 de Julio de 1906.

Tumor retrofaríngeo.—El Dr. *M. Lisshauer* presenta una joven, que desde hace cuatro años venía padeciendo de dificultad en la deglución; cuando la vió el autor, estaba sumamente demacrada. El globo ocular izquierdo estaba hundido, la pupila reducida de tamaño y la hendidura palpebral estrechada. La paciente estaba ronca y respiraba con mucha dificultad. En las fauces había un tumor retrofaríngeo, que extirpó el autor desde fuera por el cuello. La herida se curó sin ningún incidente, aunque sobrevino parálisis de la deglución con carácter transitorio. La mitad izquierda del velo del paladar está paralizada todavía, y también persiste aún una

parálisis del recurrente izquierdo; ambos síntomas hay que atribuirlos á la presión ejercida por el tumor, sobre el tronco del neumogástrico. Igualmente persiste el hundimiento del globo ocular, hundimiento que es debido á la presión sufrida por el simpático. El examen microscópico ha demostrado que el tumor es un fibrosarcoma.

Espirocetes en la sífilis terciaria. — El Dr. *Benda* presenta preparaciones de espirocetes procedentes de una arteritis cerebral sifilítica, ó sea de un caso de sífilis terciaria. Muchos de los espirocetes están deshechos y aparecen como granulaciones ó fragmentos; otros aparecen largos y rectos.

Cálculos biliares alojados en un divertículo de Meckel. — El Dr. *Holländer* refiere que en un caso de peritonitis, practicó la laparotomía á las diez horas de haberse iniciado la enfermedad, y creyendo que ésta había tenido su punto de partida en el apéndice vermiforme se dirigió á buscarlo. En efecto, estaba alterado, pero sus alteraciones y lo mismo las adherencias que le rodeaban, eran evidentemente más antiguas y habían terminado su evolución. De la cavidad abdominal salía pus, y al reconocerla por medio del tacto, se tropezó en la cavidad de Douglas con una asa gangrenosa, la cual al ponerla más á la vista, se vió que no era otra cosa que un divertículo de Meckel lleno de cálculos biliares y perforado. Se extirpó dicho divertículo y el enfermo recobró su salud. Un meteorismo que se presentó pasajeramente, se hizo desaparecer por medio del lavado del estómago.

Operación extrema ó interior de las supuraciones de los senos nasales accesorios.—El Dr. *Max Halle* dice que para ilustrar la cuestión relativa á las indicaciones de la operación extrema ó interior, en el tratamiento quirúrgico de las afecciones crónicas de los senos nasales accesorios, investigó ante todo cómo se efectúa la curación natural en los casos de empiema agudo. Insiste en que debe ser el aire respirado el que, al pasar por las fosas nasales, ejerce una presión negativa sobre los senos y aspira el pus, y al saturarse el aire seco que penetra en las fosas nasales con el vapor de agua, deseca también dichos senos y de este modo los desinfecta. Semejante efecto es más intenso aún con la inspiración forzada y en el acto de sonarse. Así que, cuando este acto se practica con fuerza y las fosas nasales se habían limpiado de antemano, sucede muchas veces que si el pus es muy líquido, se le ve salir de los senos.

El autor juzga necesario que también se tenga en cuenta este efecto en el tratamiento de los empiemas crónicos, y se propone examinar hasta qué punto obran en el mismo sentido los métodos terapéuticos usuales y su grado de eficacia para obtener la curación.

La operación del seno maxilar desde un alvéolo es operación que todavía se practica mucho. La apertura de la cavidad en el punto más bajo, que es el fin de dicha operación para facilitar el desagüe del seno, resulta de ilusorios resultados, porque se hace preciso introducir en el acto un obturador en la abertura practicada, con lo cual el seno vuelve á estar cerrado por todas partes y sólo se abre en los momentos de los lavados. Pero con esto la abertura en el punto más bajo es inútil, en el concepto quirúrgico, puesto que viene á ser indiferente que una cavidad se la lave desde arriba ó desde abajo. Más aún, se dificulta la desecación del seno y obran como irritantes los lavados y el obturador.

La única ventaja de este método, la de que se presta mejor á ser empleada por el mismo enfermo, se puede conseguir de otra manera con la misma comodidad y con mejor resultado. En efecto, los resultados del método de Cooper no son muy notables en los casos de empiema crónico, puesto que es muy frecuente que los enfermos estén sometidos varios años á tratamiento, sin conseguír su curación definitiva. El autor ha tratado y curado á muchos de estos enfermos por la vía endonasal.

La operación por la fosa canina tiene los mismos inconvenientes que la de Cooper, pero en mayor escala; en cambio, permite examinar perfectamente el interior del seno. Por lo tanto, debe ser considerada siempre como muy adecuada para las operaciones radicales de que ahora se trata; esto no obstante, por los motivos antes expresados conviene muchísimo que se cierre el seno lo más pronto posible para que la curación se efectúe en las mejores condiciones.

El método de Mikulicz-Krause, ó sea el de la perforación por el meato nasal inferior, satisface en parte al principio reconocido como de mucha importancia, pero el tratamiento consecutivo es doloroso y obliga demasiado al paciente á depender del médico. El autor cree, conforme en esto con otros, que es muy conveniente abrir ampliamente el seno por el meato nasal inferior para poder lograr una evacuación duradera del pus ó en su caso una aspiración del mismo y para que el paciente pueda tratarse á sí mismo. El autor abre el antro con una fresa de trépano, por medio de la cual también se puede quitar el hueso hasta llegar al suelo de las fosas nasales.

Abre el esfenoides desde adentro por medio del escoplo y según la extensión del proceso morboso quita toda la pared ó tan sólo una parte, empleando en el primer caso una fresa de extremo romo y movida por la electricidad.

El etmoides es vaciado desde adentro y convertido hasta donde es posible en una gran cavidad que después se cura sin grandes dificultades. Las células anteriores del etmoides se abren lo mismo que el seno frontal.

El autor afirma que se pueden sondar todos los senos frontales afectados de lesión crónica. Se han hecho diversas tentativas para proporcionar desagüe al pus, bien dilatando el conducto excretor ó creando uno artificial, pero hasta ahora han sido poco fructuosas dichas tentativas. Conviene recordar que el conducto nasofrontal siempre está limitado lateralmente, de un modo directo ó casi directo por la lámina papirácea y por detrás por la lámina interna. Por delante sobresale mucho una espina nasofrontal interna que empuja el conducto hacia atrás. Esta espina puede quitarse sin ningún peligro. Para ello el autor desliza sobre la sonda introducida un protector flexible, y costeando éste penetra hacia adelante y arriba con una sonda movida por la electricidad, procediendo siempre con una vigilancia muy escrupulosa.

Cuando la abertura es tan amplia que ya puede pasar por ella la punta de la fresa, se cambia ésta por otra de punta roma, se dilata con ella el conducto hasta que pueda introducirse en él otra fresa piriforme de extremo también romo, con la cual sólo se puede quitar hueso hacia abajo. Con esta fresa se puede, sin peligro alguno, quitar hueso hasta abrir amplia-

mente el seno frontal y garantizar el desagüe franco de un modo definitivo. Las prominencias pequeñas se quitan con escoplos especiales. De este modo se quitan también radicalmente todas las células etmoidales anteriores y podemos ya orientarnos mejor para operar las posteriores.

El autor presenta ocho preparaciones de otros tantos casos operados por el procedimiento que aconseja é insiste muy especialmente en el principio de operar por dentro, reservando las operaciones por afuera para aquellos casos en que no es suficiente el tratamiento interno.

El Dr. *M. Senator* dice que en otro tiempo empleó la barrena movida por la electricidad, pero hubo de abandonarla, porque las heridas que hace no son lisas, desgarra la mucosa y puede fácilmente dar origen á la formación de esquirlas ó de fisuras; además, no es posible orientarse mientras se está operando, y por otra parte, como varían algo, según los individuos la situación del seno frontal y de su conducto excretor, no deja de tener sus peligros el operar á ciegas. Así no es extraño que haya habido casos en que, con este procedimiento se han producido graves lesiones accesorias seguidas en un enfermo de meningitis traumática.

El Dr. *Ritter* llama la atención acerca de las dificultades con que tropieza el diagnóstico de las supuraciones de los senos frontales, porque inmediatas á éstos se encuentran las células infundibuliformes del etmoides. Cuando en las autopsias se abren por afuera los senos frontales, se comprueban los errores que se pueden cometer en estos casos. La abertura con la barrena desde las fosas nasales no está exenta de peligros, porque la forma de los senos frontales es muy variable. Sólo en un 75 por 100 de casos todo lo más, se consigue sondar dichos senos é introducir, por lo tanto, el protector. Pero aunque éste se pueda introducir, no protege en realidad, porque para ello sería necesario que el conducto nasofrontal fuese vertical, y esto no sucede siempre ni mucho menos. Así que cuando los demás métodos que acostumbran emplearse para curar un empiema de los senos frontales, no sean suficientes para ello, es preferible proceder por afuera. De este modo se logra en realidad una curación completa, sin que la operación deje en pos de sí cicatrices antiestéticas.

El Dr. *Peyser* pregunta qué es lo que ocurre con los empiemas de origen puramente dentario y teme que pueda pasar fácilmente inadvertido un tumor maligno del maxilar superior, si no se abre ampliamente el seno maxilar. Los senos frontales no siempre se pueden sondar.

El Dr. *Bochner* presenta una radiografía que hace ver cómo una sonda que se ha hecho penetrar muy arriba en las fosas nasales no se ha introducido, sin embargo, en el seno frontal.

El Dr. *Halle* rectifica.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 15 de Junio de 1906.

Tumores desarrollados después de la aplicación de los rayos X. — El doctor *Gustavo Riehl* presenta preparaciones de un cáncer epitelial y de un sarcoma fusocelular, tumores ambos que se desarrollaron en una misma enferma y sobre una cicatriz consecutiva al tratamiento de un lupus por medio de los rayos X.

También presenta un enfermo con lupus vulgar y además con un carcinoma rodeado de infiltraciones luposas. Este enfermo parece que ha sido también tratado con los rayos Röntgen.

El Dr. *Salomon Ehrmann* no niega la posibilidad de que los rayos X puedan ser causa de un epitelioma; pero también es difícil negar el origen espontáneo de este último en casos como los presentados.

El Dr. *Guido Holzknecht* dice que desde el trabajo publicado por Unna sabemos que pueden desarrollarse cánceres sobre úlceras producidas por los rayos X, pero á condición de que estas úlceras contengan restos epiteliales, cosa que no sucede en los casos presentados.

El Dr. *Gabor Nobl* hace observar que como no es raro que los rayos X provoquen el desarrollo de una afección muy parecida al xeroderma pigmentario, no debe extrañarnos tampoco que pueda dar origen á un carcinoma, pues sabemos que el xeroderma predispone muchísimo á esta enfermedad.

La piocianasa en el tratamiento de la meningitis cerebro-espinal y de otras afecciones. — El Dr. *Teodoro Escherich* recuerda que entre los cuerpos bactericidas y no nocivos para los tejidos se cuentan los procedentes de la autolisis de las bacterias. La piocianasa procedente del bacilo piociánico goza en alto grado de dicha propiedad. De los ensayos hechos por el autor se deduce que no es muy útil en la difteria faríngea; pero que, en cambio, la instilación una sola vez de cinco gotas de piocianasa en cada ventana nasal fué utilísima en una epidemia de gripe que se observó en una enfermería de niños de pecho. También destruye el meningococo cuando éste se encuentra en las vías respiratorias. Igualmente fué útil en inyecciones intradurales de 3 á 5 centímetros cúbicos en casos de meningitis cerebro-espinal observada en niños.

Embarazo extra-uterino operado. — El Dr. *O. Th. Lindenthal* presenta una enferma que por su anamnesia y por los datos de la exploración se creyó que padecía de preñez intra-uterina y quiste ovárico intraligamentoso. En la operación se vió que se trataba de una preñez abdominal genuína y que el saco embrionario, después de haber desplegado las dos hojas del ligamento ancho del mexosalpinx y del mesorrecto, se había desarrollado dentro de dichos ligamentos. El útero estaba vacío.

Tetania paratireopriva. — Los Dres. *Adler* y *Thaller* dan cuenta de experimentos que han realizado con el objeto de esclarecer la patogenia de la tetania de las embarazadas. Para ello, en hembras preñadas se destruyeron parte de los cuerpos epiteliales, presentándose al poco tiempo tetania grave; en cambio no se presentó, ó sólo en forma muy leve, cuando se hizo la

misma operación en hembras no preñadas. Cuando se extirparon por completo los dos cuerpos epiteliales principales sobrevino un estado grave de caquexia tetánica que excluía la posibilidad de una preñez ulterior. Cuando no se extirparon todos los cuerpos epiteliales, las hembras pudieron volver á hacerse preñadas una ó más veces, según la importancia de la lesión, la cual influyó también en que apareciera ó no la tetania. Esta fué precedida siempre de alopecia, que también se ha observado en la tetania humana, sobre todo en la de las embarazadas. En los animales en los que se ha experimentado, nunca se volvió á presentar la tetania en la época de la lactancia.

El Dr. *Anton de Eiselsberg* reconoce ahora, contra su antigua opinión, que la tetania experimental es originada por la falta de los cuerpos epiteliales. Pineles explica la aparición tardía de la tetania coincidiendo con la recidiva del bocio, por el hecho de que éste llega á comprimir los cuerpos epiteliales; pero como la clínica enseña que en la mayoría de los casos con el nuevo crecimiento del bocio desaparece la tetania, hay que admitir, por el contrario, que también se hipertrofian los cuerpos epiteliales.

Con este motivo cita el autor el caso de una mujer á la que se le extirpó el bocio el año 1886, presentándose al cabo de cierto tiempo síntomas de tetania, que fueron reemplazados después por una caquexia crónica.

El año 1887, embarazo sin ningún accidente. El 1888 nuevo embarazo, durante el cual se desarrolló un tumor en el mango del esternón, desapareciendo al mismo tiempo los síntomas caquécticos. En 1891, el tumor creció rápidamente y se presentaron dolores. En el cuello no había el menor indicio de recidiva del bocio, pero sospechando que se trataba de un tumor maligno se extirpó la neoplasia en el año 1892, viéndose que se trataba de un cáncer de células cilíndricas desarrollado en una metastasis del bocio. A los nueve días de la operación síntomas de tetania, que después de una remisión volvieron á presentarse. Después nueva mejoría, seguida de síntomas de caquexia, sin que ésta se hubiese aliviado por la aparición de un tumor en la escápula. En noviembre de 1893 la enferma dió á luz un niño sano, y al poco tiempo de esto sucumbió con síntomas de caquexia.

En este caso és de creer que el cuerpo epitelial accesorio que estaba colocado detrás del esternón y que se había hipertrofiado después de la primera operación, fué extirpado cuando la resección esternal.

El autor dice que en la clínica de Billroth se observaron hasta el año 1890 doce casos de tetania consecutiva á extirpación total del bocio; de ellos, cinco fallecieron de tetania fulminante y tres de tetania crónica; dos quedaron con tetania crónica persistente; de los otros dos de tetania también crónica, uno mejoró al recidivar el bocio y otro curó espontáneamente. En estos últimos cinco años, de 356 operaciones de bocio, sobrevino tetania en 16; en 11, ligerísima; en dos, en que fué algo más persistente, se curó con tabletas de substancia tiroidea. En dos casos ya existía la tetania antes de la operación.

Vemos, por lo tanto, que la tetania se ha hecho mucho más rara desde que ya no se extirpa todo el bocio, procedimiento con el que se evita también la destrucción completa de los cuerpos epiteliales.

La disección cuidadosa del recurrente y la ligadura exacta de la arteria

tiroidea inferior contribuirán también á este resultado. Se apelará á la enucleación, á la enucleación con resección, ó á la extirpación, que puede comprender hasta cuatro quintos del bocio, según las circunstancias de cada caso. En la actualidad tiene tan poca importancia la tetania post operatoria, que no hay motivo para modificar los procedimientos adoptados.

El Dr. *Ricardo Paltauf* hace observar que, desde 1901, viene atribuyendo la tetania á la falta de los cuerpos epiteliales y las alteraciones en el crecimiento, el marasmo y la caquexia á la supresión del cuerpo tiroides. El autor ha observado la hipertrofia compensadora de los cuerpos epiteliales en cabras, á las que se les había extirpado el cuerpo tiroides para administrar su leche á enfermos de mal de Basedow.

El Dr. *Max Kassowitz* entiende que sería prematuro aplicar los datos obtenidos con la tetania experimental para explicar la patogenia de las demás formas de tetania. Así la tetania de los niños raquíticos, que es muy frecuente observar en invierno, sobre todo á su terminación, ataca casi exclusivamente á niños que tienen la edad más apta para contraer el raquitismo y en los que se encuentran casi siempre signos evidentes de dicha enfermedad. Ahora bien; podía suponerse que en todos los casos de tetania los centros convulsivos fuesen irritados por substancias tóxicas, pero que éstas no habría de ser preciso que tuviesen siempre el mismo origen. Así en la tetania paratireopriva serían de origen endógeno y obrarían á causa de no ser neutralizadas por la secreción interna de los cuerpos epiteliales. En cambio en los casos no operatorios se trataría quizá de substancias tóxicas aspiradas con el aire exterior, explicándose así el efecto rápido del fósforo que, por el contrario, es inactivo en las neurosis de origen no raquítico.

Admitiendo la patogenia indicada se explicaría también la aparición de la tetania en determinadas estaciones del año, y su mayor frecuencia en profesiones y oficios que se ejercen en locales cerrados.

(*Wiener klinische Rundschau*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Modo de comprobar la digestión del tejido conjuntivo por medio de los rayos Röntgen. — En una de las últimas sesiones de la Sociedad vienesa de Medicina interna y de Paidopatía, el Dr. Gottvald Schwarz dió á conocer el siguiente procedimiento de aplicación de los rayos Röntgen al estudio de la digestión del tejido conjuntivo.

El paciente traga 15 decígramos de subnitrato de bismuto envueltos en una película de tripa.

Al examen radioscópico el bismuto aparece como una mancha negra mientras se conserva la película, pero una vez digerida ésta, aparece el subintrato de bismuto como una sombra difusa. Ahora bien; mientras la

película de tripa se disuelve en el estómago normal á las siete horas, en un caso de hiperacidez se disolvió á las dos, y en cambio en otro de ptosis del estómago no se había disuelto á las veinte.

(*Zentralblatt für innere Medizin*).—R. DEL VALLE.

Tratamiento de la gota. — Entre los medicamentos más útiles para eliminar el veneno gotoso, el mejor, dice el Dr. L. Williams, es el yoduro potásico. Conviene emplearle á la dosis necesaria y combinado con otros medicamentos. La combinación siguiente merece ser empleada:

Guayaco en polvo ..... } aa 6 decígramos.
Yoduro potásico ..... }

Para un sello, tres al día.

Si el guayaco produce efectos purgantes, se reduce la dosis á la mitad ó se agrega á cada dosis 3 á 6 decígramos de creta. Los salicilatos son considerados por unos como útiles en la gota, y por otros como perjudiciales. Se les objeta producir efectos deprimentes é irritar los riñones. El Dr. Williams aconseja la aspirina á la dosis de 6 á 12 decígramos. Los salicilatos no deben administrarse con alcalinos, sino solos ó combinados con un medicamento, como la nuez vómica, que no influya sobre el medio químico. El ácido fosfórico es muy recomendado por los que creen, ateniéndose á los experimentos de Joulie, que las manifestaciones gotosas son debidas á la retención en la sangre de substancias cuya eliminación es favorecida, no por los alcalinos, sino por los ácidos. El ácido cítrico, en forma de zumo de limón, es útil en el tratamiento de la diátesis gotosa y, según el Dr. Williams, puede considerarse como uno de los medios más eficaces para combatir la tendencia á la gota.—(*Clinical Journal*).—F. TOLEDO.

Influencia favorable de los rayos Röntgen en las adenopatías tuberculosas no supuradas.— El Dr. J. Bergonié refiere cinco casos de notable mejoría observada en infartos ganglionares tuberculosos, no supurados, gracias al empleo de los rayos Röntgen con interrupciones de una á dos semanas, siendo de advertir que dichos infartos habían sido rebeldes á todos los demás tratamientos. En cambio los rayos Röntgen no modificaron en lo más mínimo el estado general de los pacientes.

(*Compt. rendus de l'Acad. des sciences*).—R. DEL VALLE.

Pubiotomía en el parto.— Según Aubert, la pubiotomía está exenta de las objecciones que se hacen á la sinfisiotomía y su mortalidad; aun practicada por cirujanos poco hábiles, es la mitad menor que la de la operación cesárea ejecutada por operadores competentes. Como la sección no se practica en la línea media, los sostenes de la vejiga y del ureter no corren peligro ni son sometidos á la tensión tejidos tan delicados como el clítoris. El músculo es más resistente que la línea media, y hay menos peligro de desgarro. La hemorragia jamás es abundante, porque se evitan los cuerpos cavernosos. La tensión del adductor largo y del recto interno impide la separación exagerada de los fragmentos. La unión del hueso seccionado es rápida, y el re-

sultado mecánico siempre perfecto. Es menos peligrosa que el parto prematuro en pelvis de diámetro conjugado verdadero inferior á siete centímetros, y puede emplearse sin inconveniente en mujeres febriles. La operación se practica del modo siguiente: se hace una incisión á lo largo del borde superior del pubis desde la línea media hasta la espina. Se deja al descubierto el borde superior del hueso, y se introduce detrás del pubis, pegada á él, una aguja curva montada. Se hace una pequeña incisión en la piel debajo del pubis y se saca á través de ella la aguja. Se une al extremo de la aguja una sierra de Gigli, con la que se practica la sección. Las heridas pueden cerrarse sin hacer el desagüe.

(*Rev. Medicale de la Suisse Romande*). — F. Toledo.

Estudios sobre la «cuarta» enfermedad.—El Dr. O. Unruh cree, por lo que ha observado, que hay motivo para admitir la existencia de la enfermedad que Filatow y Dukes han denominado «cuarta», por parecerse algo á los tres exantemas febriles: sarampión, escarlatina y alfombrilla. Individuos que ya habían pasado el sarampión y la alfombrilla contrajeron después la «cuarta» enfermedad, y ésta se transmite por contagio siempre con los mismos caracteres.

Sus síntomas son: exantema que palidece al cabo de uno ó dos días, confluente en el tronco, más diseminado ó formando grupos en el rostro, constituído por manchas de color ligeramente rojo moreno y de un tamaño que no alcanza el de las manchas de alfombrilla; fiebre de uno ó dos días de duración, no muy elevada y acompañada de poca frecuencia de pulso relativamente, leve tumefacción de los ganglios linfáticos cervicales, incolumidad de las mucosas y falta de enfermedades consecutivas.

Es enfermedad casi exclusiva de la infancia; la predisposición para contraerla es menos frecuente que para contraer la escarlatina, y su período de incubación, que algunos dicen ser de nueve á doce días, fué de quince en un caso bien observado por el autor.

(*Deutsches Archiv. für klinische Medizin*). — R. del Valle.

Un medio de enmascarar el sabor del aceite de ricino. — Los árabes, cuando desean tomar aceite de ricino, lo vierten gota á gota sobre un vaso de leche caliente y agitan la mezcla con una cuchara. A los pocos minutos se forma una emulsión perfecta, á la que puede agregarse algo de jarabe de azahar. El aceite de ricino tomado de este modo es grato, y además más activo, puesto que son suficientes 15 á 20 gramos para un adulto.

(*Journal de med. de París*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

EFECTOS DE LA DILATACIÓN,

LAVADOS Y DESAGÜE UTERINO EN LOS ABORTOS INCOMPLETOS, METRORRAGIAS SUBINVOLUTIVAS Y EN LAS ENDOMETRITIS

POR EL DOCTOR

D. ADOLFO MARTÍNEZ CERECEDO

Tocólogo, por oposición, de la Beneficencia municipal de Madrid.

La dilatación, irrigación y desagüe en sustitución del legrado en las endometritis y hemorragias post abortum es un tratamiento casi siempre heróico, con el cual se pueden ahorrar muchos raspados de la matriz, aun en los casos en que esta intervención parece mejor indicada, como ocurre en las metrorragias posteriores al aborto ó sintomáticas de endometritis hiperplásicas (Olshausen).

Por más que el legrado uterino es una operación sencilla y de pronóstico tan favorable, que puede decirse que resulta inocuo el 100 por 100 de intervenciones, no obstante puede producir, por más que raramente, consecuencias dolorosas, si no se establecen bien las indicaciones y contraindicaciones, y sobre todo si la mujer está muy débil por pérdidas sanguíneas anteriores á la operación.

Es indudable que el raspado produce un traumatismo y una metrorragia cuya enervación y anemia rápida ha de tener su eco en el organismo, y el colapso puede ser la resultante de la depresión nerviosa y pérdida sanguínea, que en circunstancias de gran debilidad de la enferma y de muy poca resistencia orgánica produzca la muerte de la operada.

Por lo tanto, á las contraindicaciones clásicas apuntadas por los autores hay que agregar la gran debilidad ocasionada por metrorragias ó por otras causas en que el ginecólogo debe de fijar su atención para no encontrarse con sorpresas sensibles, tanto más

cuanto que nadie habla de gravedad post operatoria consecutiva al raspado de la matriz.

La expectación armada ante los abortos inevitables y sus consecuencias, debe ser la regla de conducta seguida. Si el raspado de la matriz fuese una intervención completamente inocua, el vaciamiento uterino y el legrado sería siempre la operación que estuviese indicada en una gestación interrumpida en los primeros meses.

La observación de un caso de defunción por *shoch* traumático consecutivo á un legrado practicado en una enferma extenuada por lesión crónica del aparato respiratorio y por abundantes metrorragias originadas por un pólipo uterino, produjo en mí cierta reacción respecto á recurrir á la legra en casos de abortos incompletos ó de hemorragias por subinvolución ó por hiperplasia del endometrio, que hace muy poco tiempo todavía constituían para mí una indicación precisa y absoluta del legrado uterino.

Posteriormente á este caso que me sirvió de gran enseñanza en lo que respecta á contraindicaciones de índole general, me ví en la precisión de hacer un raspado por metrorragias peligrosas provocadas por restos placentarios en un aborto de tres meses, y dos horas después del legrado era tal la pequeñez del pulso, el descenso de la temperatura y el colapso; en una palabra, que apresuradamente recurrí á las inyecciones de suero, pues hubo momentos en que temí que no reaccionando la enferma se extinguiera por *shoch* traumático y anemia aguda, pues perdió mucha sangre en la operación y hubo que dar por terminada ésta, sin lograr producir en la pared posterior el grito uterino característico, cuando la legra ha destruído la mucosa y se halla en relación con la capa muscular. Era tal la cantidad de sangre que salía á chorro del útero al legrar la cara posterior de su cavidad, que tuve que suspender la operación y taponar rápidamente con gasa yodofórmica, con lo cual se cohibió inmediatamente la metrorragia. Este caso me ha resultado también muy instructivo; primero porque demuestra que no siempre el raspado suspende la hemorragia, y segundo porque es un dato demostrativo de que el legrado puede ser beneficioso aun sin destruir toda la superficie y espesor de la mucosa, pues la enferma se curó radicalmente de sus flujos hemorrágicos, y hoy menstrúa normalmente, estando casi restablecida de la gran anemia adquirida. Este caso trae á mi memoria el recuerdo del primer raspado que practiqué el 98 en la Princesa, sección del Instituto de Terapéutica Operatoria. En aquella enferma que estaba próxima á la menopau-

sia y que sufría menorragias, tampoco se pudo conseguir al raspar la pared posterior el ruído propio del contacto de la legra con la capa muscular, y sin embargo se curó de su enfermedad, pues vista seis años después no se habían reproducido las molestias que determinaron la intervención. También en esta enferma recuerdo que la metrorragia fué considerable en el momento del legrado. Lo que en ambos casos me quedó sin conocer es la causa de la ausencia del ruído especial indicado, y por lo tanto si la mucosa estaba excesivamente gruesa y vascularizada en dichos puntos, ó si la capa muscular estaba anormalmente reblandecida, pues por lo menos en el primer caso hay que alejar la hipótesis de una degeneración maligna, porque este proceso hubiera continuado su marcha destructora. En ambas enfermas el legrado ha sido eficaz, no obstante de haber sido quizás incompleto.

El recuerdo de contraindicaciones de orden general y el de raspados incompletos, que fueron, no obstante, eficaces, me animaron á extremar la expectación en los tres casos que suscintamente voy á referir.

Hasta hace poco tiempo me he inspirado en la conducta de Doleris por creerla más razonable y expedita enfrente de las reservas sostenidas por Tarnier y Pinard, que objetaron que el método recomendado por aquel autor era imperfecto, inútil muchas veces y en ocasiones hasta peligroso; hoy no diré que sea imperfecto ni peligroso, porque el instrumento con que se practica el raspado pueda producir una perforación; pero sí, aleccionado por la experiencia, puedo afirmar que es inútil muchas veces y peligroso algunas cuando el mal estado general de la enferma lo contraindica, y por lo tanto, que antes de decidirse por la operación debe cerciorarse uno del modo de ser cardíaco é inervador, esto es, consultar la resistencia orgánica de la enferma.

En los casos de aborto complicado con infección ó hemorragia, puede ser urgente la necesidad del raspado de la matriz, y, sin embargo, todavía en estos casos puede ser evitable dicha intervención si con asiduidad recurrimos al lavado y desagüe de la cavidad uterina en medio de la más minuciosa y perfecta asepsia, con observación atenta del efecto logrado en la fiebre y pérdida sanguínea.

Desde que el colapso ocurrido en algunos casos de legrado practicado en malas circunstancias generales me advirtió el peligro de esta pequeña operación, la he reemplazado en dichas condiciones por el lavado y desagüe uterino, y hoy puedo afirmar que mu-

chos raspados son evitables sustituyendo esta intervención por aquellas modestas curas, por donde puede y debe empezarse con más frecuencia para llegar al legrado en caso de verdadera indicación y cuando la irrigación uterina resulte insuficiente.

Claro está que no se debe agotar la expectación en perjuicio de la enferma cuando la infección ó metrorragia no ceden rápidamente, ó cuando el mayor volumen uterino, en desproporción con la época probable del embarazo, unido á los demás síntomas, nos hace presumir la existencia del mixoma placentario ó degeneración de las vellosidades coriales, pues en este caso el vaciamiento rápido de la matriz puede ser la indicación, y hasta su extirpación, si se tratara del deciduoma maligno.

***

Voy concisamente á narrar tres casos de aborto incompleto, complicados con hemorragia ó ligera infección, curados rápidamente sin recurrir al legrado:

1.° A las doce de la noche de un día del invierno pasado, fuí llamado para una consulta con el Dr. D. José Soto, Jefe de la Casa de Socorro del distrito del Hospital.

Se trataba de una embarazada que con una metrorragia considerable acababa de expulsar un feto de cuatro meses. Intenté desprender la placenta con los dedos, pero me fué imposible practicar el vaciamiento uterino. Hícele una irrigación vaginal y coloqué un tapón.

Doce horas después extraje el tapón vaginal, y como la placenta no se alcanzaba con los dedos, la hemorragia se había suspendido y las siete décimas que tenía al expulsar el feto habían desaparecido, no insistí más en el taponamiento y sí exclusivamente en las irrigaciones vaginales con sublimado, mañana y tarde, durante dos semanas, para continuar quince días más con lavados con agua y ácido bórico. La placenta se fué desprendiendo por pequeños trozos, y ni la hemorragia ni la fiebre reaparecieron. Han transcurrido seis meses y aquella enferma, debilitada por trastornos digestivos anteriores al aborto y por la anemia consecutiva, está hoy completamente curada, sin haber empleado otro tratamiento que las irrigaciones dichas y la ergotina.

2.° El 16 de diciembre próximo pasado ví en consulta con el doctor Casuso, de la Beneficencia municipal, una enferma en la calle del Salitre, núm. 28, en circunstancias gravísimas, hasta el punto

que la muerte parecía inminente. Hacía doce días que había expulsado el embrión, en medio de abundantísima pérdida sanguínea. La metrorragia disminuyó sin desaparecer, hasta que el referido día 16 sufrió una hemorragia tan considerable que perdió el conocimiento, creyendo la familia que había muerto.

La encontramos sin pulso, que sólo después de 300 gramos de inyección de suero se hizo perceptible y filiforme.

La cama estaba inundada de sangre, y la vulva y vagina ocupadas por coágulos antiguos y recientes. Desprendí y extraje con los dedos los trozos placentarios que pude arrastrar, y dispuse que le hicieran dos irrigaciones diarias con sublimado. Al día siguiente le repetí la inyección de suero, y como al tercer día apareciese fiebre, que llegó á 38°, le hice una irrigación uterina, con la que salieron restos placentarios muy fétidos.

La fiebre desapareció y continuó con las irrigaciones vaginales con agua sublimada y con el cornezuelo, que le administré para favorecer la involución uterina y prevenir así una nueva metrorragia, que la enferma no hubiera podido resistir, y se fué reponiendo paulatinamente de su gravísima anemia, hasta el punto que á los dos meses no la conocí al presentarse en mi consulta completamente restablecida.

En este caso, el legrado digital, por más que fué incompleto, por cuanto han quedado trozos placentarios que después se fueron desprendiendo, fué suficiente, y la enferma no hubiera seguramente sobrevivido al legrado instrumental que su gravísimo estado general contraindicaba.

3.° A principios de mayo próximo pasado ví con el Dr. Piquer, tocólogo de la Beneficencia municipal, en la calle de Campomanes, número 6, un caso que diagnosticamos de suspensión de gestación con retención fetal, por la historia y los caracteres del útero, volumen, blandura, etc.

El 6 de mayo abortó, expulsando un feto macerado, y como la metrorragia fué considerable y ya empezaba á resentirse el estado general, le extraje la placenta, introduciendo los dedos índice y medio de la mano derecha en la cavidad uterina, auxiliando al desprendimiento y extracción con la izquierda á través de la pared abdominal, que por su delgadez favorecía la intervención. Continuó la primer semana bien, sin hemorragia, y únicamente por las tardes subía el termómetro cinco décimas.

En la segunda semana reapareció el flujo sanguíneo, y continuó

con dos irrigaciones vaginales diarias con agua sublimada muy caliente, y además la sometí á la benéfica influencia hemostática del cornezuelo y analgesina. La tercer semana después de la expulsión fetal y extracción placentaria, mejoró visiblemente, desapareciendo la metrorragia; pero á principios de junio reapareció de nuevo con caracteres alarmantes, limitándome, no obstante, á *dilatar, lavar* y *desaguar* la matriz. Pasé fácilmente los dilatadores de Hegar hasta el núm. 13, é irrigué y taponé tres días seguidos la cavidad uterina con gasa yodofórmica esterilizada, logrando que desapareciera la hemorragia. Continuó una semana después sometida á las irrigaciones vaginales muy calientes y al cornezuelo, con el propósito de que, adelantando la involución uterina, se alejara el temor de nuevas metrorragias, que efectivamente no reaparecieron.

Este es un caso en que parecía clara é imperiosa la necesidad del legrado, y no obstante se pudo prescindir de él, siendo sustituído con ventaja por el lavado y desagüe uterino.

***

Con la dilatación, lavado, desagüe y toques en la mucosa enferma con tintura de yodo, fenol yodado ó formalina he tratado y visto tratar en el Instituto Rubio con verdadero éxito muchos casos de endometritis hiperplásica y post abortum caracterizadas por meno y metrorragias, que parecían exigir el legrado para su completa curación, según la precisa indicación que da Olshausen para el raspado de la mucosa uterina.

Voy únicamente á referir un caso interesante de endometritis senil. Hace tres años reconocí á una enferma de sesenta y cinco años, plurípara, cuya regla había desaparecido á los cuarenta y cinco años de edad.

Estaba demacrada y se quejaba de un flujo amarillento y fétido, que le apareció un año antes de este reconocimiento, y de trastornos digestivos, principalmente diarrea. La habían visto dos distinguidos especialistas de esta Corte, los que unánimemente le manifestaron que había que rasparle la matriz y analizar los productos por si era preciso otra operación más importante. Explorada, se notaba la involución iniciada de la vulva, vagina y cuello uterino con estenosis del orificio externo. Practicada la histerometría, medía el útero 8 centímetros, y al sacar el histerómetro, salía un líquido purulento muy fétido.

Le puse un tallo de laminaria, y al retirarlo al día siguiente salió

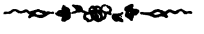
del útero una cantidad de pus con los caracteres dichos, que revasaría seguramen de 30 gramos. Pasé hasta el número 11 de los dilatadores de Hegar, lavé con agua esterilizada, toqué la mucosa con tintura de yodo y rellené la cavidad uterina con gasa yodofórmica, renovando esta cura tres días seguidos y después cada cuarenta y ocho horas, habiendo logrado una completa curación después de la séptima cura, sin necesidad de recurrir al legrado. La diarrea cedió con la dieta láctea, alcalinos, subnitrato de bismuto y morfina, obteniendo el completo restablecimiento de la enferma antes del mes de comenzar el tratamiento referido.

Las consecuencias que se infieren de todo lo referido son:

1.° Que el legrado preventivo en los abortos incompletos á título de medida profiláctica contra la hemorragia, ó la infección debe desecharse porque en muchos casos es innecesario y en otros pueden evitarse y combatirse ambas manifestaciones ó complicaciones con recursos menos violentos y peligrosos que el raspado de la matriz.

2.° Que con la *dilatación*, *lavado* y *desagüe* uterino se puede y debe sustituir el legrado en muchos casos de aborto incompleto ó complicado con infección ó metrorragias, que constituyen para algunos una indicación absoluta del raspado uterino.

3.° Que aun las metrorragias de origen subinvolutivo ó las provocadas por endometritis hiperplásicas, caracterizadas por meno ó metrorragias, pueden ser combatidas de un modo heróico por el *lavado*, la *desinfección* y el *desagüe* de la mucosa uterina, debiendo de recurrir al legrado si fracasan aquellas curas más modestas, menos agresivas y tan eficaces como el raspado de la matriz.



REVISTA DE OFTALMOLOGÍA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital General y Hospicio. Profesor de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Madrid.

SUMARIO: I. Afecciones de los ojos por auto-intoxicación gastro-intestinal. —II. La alipina, nuevo anestésico ocular.—III. Oftalmitis metastásica.— IV. Nuevo tratamiento del desprendimiento de la retina.

I. El Dr. Friedrich, de Viena, ha publicado un trabajo sobre las enfermedades de los ojos y la auto-intoxicación intestinal. Es un

hecho conocido que en las enfermedades de la vista quedan por descubrir todavía algunas de las causas que las producen. Hay formas de escleritis, queratitis, neuritis, iritis, neuritis retrobulbares, cataratas, alteraciones del vítreo, hemorragias del vítreo, hemianopías y otros trastornos oculares, en los que la amnesia nada descubre respecto á las causas que las determinan.

Existen, por el contrario, en individuos afectados de las enfermedades arriba citadas, datos indudables de trastornos digestivos, sensación dolorosa en la región del estómago, hepática y esplénica; dolores característicos en la región lumbar é interescapular, con irradiaciones hacia los hombros; dolor á la presión en los puntos de emergencia de los nervios intercostales, del plexo cervical, del nervio supraorbitario; dolores en las regiones frontal y temporal; cefalalgia de forma frontal, trastornos respiratorios y palpitaciones violentas.

En ninguna de las afecciones arriba citadas se demostró alteración alguna de los demás órganos.

En un caso de hemorragia espontánea del cuerpo vítreo existía albúmina en la orina. Como el indican se produce solamente en los procesos de descomposición intestinal, me creo autorizado para creer que en el organismo de tales enfermos se producen venenos intestinales, que más pronto ó más tarde han de ejercer su perniciosa acción sobre otros órganos del cuerpo y entre ellos los de la visión.

El Dr. Elschniz presenta algunas observaciones sobre el mismo asunto.

Desde hace unos diez años ha observado la presencia de indican en la orina de enfermos de afecciones gastro-intestinales, el cual considera juega un papel etiológico importante en las afecciones de los ojos. Hasta ahora, la auto-intoxicación gastro-intestinal sólo en muy pocos casos se ha considerado, excepción hecha de las enfermedades del sistema nervioso, como causa de las afecciones de los ojos. Según las observaciones del autor, la auto-intoxicación intestinal tiene un importante papel:

1.° En las enfermedades del sistema nervioso (oftalmoplegia interna, músculos externos de los ojos, afecciones del nervio óptico). Respecto á estas últimas, las intoxicaciones por el tabaco y el alcohol contribuyen, con los trastornos gastro-intestinales, á producirlas.

2.° Las afecciones corneo-escleróticas, queratitis recidivantes, es-

cleritis y episcleritis recidivantes pasajeras, hacen su aparición como consecuencia de auto-intoxicaciones gastro-intestinales.

3.° Enfermedades de la úvea, iritis recidivante y muchos casos de iridociclitis poco manifiestas, reconocen igual origen. En estas dos categorías últimamente mencionadas suelen descubrirse señales de sífilis hereditaria que no ceden al tratamiento antisifilítico. Parece ser que como consecuencia de la sífilis hereditaria, tienen lugar ciertas alteraciones en los aparatos glandulares ó de inervación del intestino, que originan trastornos del quimismo digestivo, descomposiciones anormales en el conducto intestinal, y por consiguiente, auto-intoxicaciones intestinales. En los casos en que hace referencia el autor, se ha prescrito un régimen dietético muy prolongado y á menudo se ha repetido la desinfección intestinal, con lo cual siempre se obtuvo importante mejoría ó la completa curación.—(*La Semana Médica*, de Buenos Aires, diciembre de 1905).

II. Los químicos no dejan de hacer progresos en terapéutica, y á cada momento nos presentan productos nuevos, cada vez más perfectos y menos tóxicos.

El éxito de la cocaína ha sido tan grande y tan duradero, que cada cual trata hoy de presentar un nuevo anestésico: la holocaína, la eucaína, la estovaína. Actualmente, la alipina pretende ser mejor que los anteriores.

La alipina, en solución al 4 por 100, produce la insensibilidad de la córnea á los dos ó tres minutos, sin provocar midriasis ni alteración de la acomodación.

Estas dos interesantes cualidades han sido ya reconocidas en la holocaína, la eucaína y la estovaína. No son, por tanto, cualidades nuevas, y la anestesia no es tan profunda ni tan duradera como con la cocaína.

De todos los anestésicos nuevos, cada uno puede llenar distintas indicaciones, dadas las múltiples exigencias de la clínica.

Para darse cuenta del valor de un anestésico, no basta con ensayarle en algunos casos con una idea preconcebida y sobre enfermos que nos hayan oído hablar de las cualidades del nuevo producto, que pueden estar más ó menos sugestionados ó prevenidos, como el experimentador mismo.

Véase cómo ha procedido Darier. Durante seis meses reemplazó completamente en una sala de la clínica, la cocaína por una solución de alipina al 4 por 100, y véase lo que ha observado. Algunos enfermos se quejan de un escozor muy vivo; los que anteriormente

han experimentado los efectos de la cocaína, encuentran más vivo el escozor producido por la alipina, pero esta sensación desagradable pasa rápidamente.

El ojo se enrojece un poco, lagrimea y á los dos ó tres minutos se establece la anestesia, la cual permite la extracción de cuerpos extraños superficiales, la dilatación del punto lagrimal, etc., pero es menestar no olvidar que esta anestesia es de poca duración. Si se esperan diez minutos, la anestesia ha desaparecido, y una nueva instilación de alipina producirá un nuevo escozor.

Si se quiere obtener una anestesia más profunda y más duradera, es menester repetir las instilaciones cuatro ó cinco veces, con tres ó cuatro minutos de intervalo, con lo cual se obtiene una insensibilidad casi igual á la obtenida con la cocaína, sin el inconveniente de la midriasis y de la parálisis de la acomodación.

Para practicar las inyecciones subconjuntivales, la anestesia por la alipina ó la estovaína no es siempre suficiente. Mezcladas con la solución que ha de inyectarse, la alipina disminuye el dolor durante los primeros momentos, pero su acción es menos marcada que la de la cocaína y sobre todo mucho menos duradera que la de la acoína.

Cuanto á las operaciones, las que se practican sobre los tejidos extrabulbares son susceptibles de ejecutarse con la alipina en inyecciones intersticiales. Darier ha operado chalaciones, estrabismos, avanzamientos, etc., sin encontrar diferencia con la cocaína. Inyecta media jeringa de Pravaz de la disolución al 4 por 100, y empieza la operación á los cinco minutos. En estos casos se observa después de la operación un poco de midriasis, más marcada del lado en que se ha practicado la inyección.

En las operaciones que se practican sobre el globo ocular, el autor cree que es preferible la cocainización ó la combinación de los dos anestésicos; porque la alipina, como la estovaína, parece que no obran sino débilmente sobre la sensibilidad del iris.

Una catarata podrá ser extraída con la alipina, sin iridectomía, pero para practicar una iridectomía es menester una cocainización al menos de veinticinco minutos, ó hacer una inyección subconjuntival de alipina del lado donde haya de hacerse la iridectomía.

Darier recomienda esta manera de proceder cuando se trata de practicar una iridectomía antiglaucomatosa, donde la cocaína está contraindicada á causa de su acción midriásica. Añade en este caso una pequeña cantidad de adrenalina. En un caso de este género, la

inyección de alipina provocó una dilatación pupilar, á pesar de una instilación simultánea de eserina.

En suma, la alipina presenta casi las mismas propiedades que la estovaína y que la eucaína: acción anestésica muy rápida, sin acción sobre la pupila y la acomodación; su toxicidad es dos veces menor que la de la cocaína.

Su composición química es de las más complicadas. Es un derivado de la glicerina; un monoclorhidrato de benzoyle 1,3, tetramethildiamina 2, y ethylisopropylahool, muy soluble en el agua, con reacción neutra. Las soluciones son esterilizables por el calor.

La alipina puede emplearse para todos los casos en que hace falta una anestesia de corta duración, del mismo modo que la estovaína, que es casi de una acción idéntica. Cuando se quiera una anestesia por infiltración se emplean estas mismas substancias asociadas á la cocaína á dosis iguales.

Para la operación de la catarata es preferible la cocaína, á causa de su poder anestésico más intenso y á causa de la relajación del esfínter del iris, que hace más fácil la salida del cristalino.

En resumen, la cocaína, empleada con precaución y á dosis moderadas, es todavía el anestésico local más corriente; para quien conoce sus defectos y sabe evitarlos, la cocaína presta servicios inestimables para provocar la anestesia necesaria á toda intervención quirúrgica sobre el ojo ó sobre los párpados.

Es menester también saber que es inútil emplearla en colirio á dosis superiores al 2 ó al 3 por 100 al máximum; es preferible repetir más frecuentemente las instilaciones, lo que tiene ventajas, pues obliga á vigilar más al paciente y prevenir la desecación del epitelium corneano. Para las inyecciones intradérmicas subcutáneas ó subconjuntivales no se emplearán sino soluciones diluídas al 1 por 100, ó asociada á la acoína, que no tiene toxicidad apreciable.—(Darier, *La Clinique Opthalmologique*, 1906, núm. 4).

III. En el Colegio de Médicos de Filadelfia, el Dr. Schweinitz leyó una Memoria acerca de un caso de oftalmitis metastásica á los treinta y un días después del parto.

Se trataba de una mujer de treinta y nueve años, multípara, quien doce días después de un parto normal tuvo repentinamente una violenta hemorragia uterina. Ninguna complicación tuvo durante los ocho días siguientes, pero al noveno comenzó un dolor violento en la región glútea izquierda (que más tarde se extendió á lo largo del nervio ciático y también á las caderas, rodillas, hombros y muñe-

cas. Estos fenómenos iban acompañados de fiebre y dolor de cabeza, pero sin escalofrío inicial.

Hubo mejoría de estos síntomas durante los nueve días siguientes, y la enferma entraba aparentemente en convalecencia cuando se le presentaron dolores en el ojo derecho y en contorno de la órbita. La visión se nubló mucho, pero no se perdió, y el examen hecho por el médico de cabecera demostró la existencia de depósitos grises en el iris y en la cápsula del cristalino con enturbiamiento de la córnea.

La complicación ocular sobrevino á los treinta y un días del parto y á los diez de empezar los dolores articulares. Empezó rápidamente y á los cuatro días tenía el aspecto de una panoftalmitis. A los doce días se rompió la esclerótica y la paciente fué aislada en el Hospital de la Universidad, donde se le hizo la enucleación del globo ocular. El examen de esta enferma no reveló la existencia de lesiones cardíacas ó pulmonares; no había anemia, pero sí una ligera leucocitosis. Había albúmina en la orina, pero no cilindros, y el examen de la región pelviana, hecho por el Dr. Clark, no evidenció la existencia de resto alguno de infección puerperal; el útero estaba normal, se movía libremente y no había lesión alguna de los ovarios ni de las trompas. No había alteraciones visibles en las articulaciones y la temperatura no subía de 39°,5.

El examen bacteriológico de la materia purulenta del interior de ojo demostró la presencia de estafilococos y numerosas cadenas de estreptococos.

Al microscopio se apreciaron las alteraciones que se ven de ordinario en la panoftalmitis invasora, á saber: infiltración purulenta extensa de la coroides, destrucción completa de la retina, infiltración notable del iris y de los cuerpos ciliares por células mononucleares y desprendimiento de estos cuerpos de la esclerótica, estando los espacios cistoides así producidos llenos de un exudado albuminoso. El humor vítreo se había transformado enteramente en una masa purulenta, siendo las células polimorfonucleares y en un estado avanzado de degeneración. La esclerótica se encontraba también muy infiltrada, y en los cortes se veían cadenas de estreptococus.

El Dr. Schweinitz, conforme á la clasificación de Axenfeld, considera las oftalmías metastáticas purulentas como resultado de: *a*) piohemia puerperal; *b*) piohemia quirúrgica; *c*) séptico-piohemia criptogenética; *d*) enfermedades infecciosas.

El autor cree que el caso examinado puede incluirse entre los casos puerperales, y dice que, aunque el examen pélvico no haya revelado ningún resto de infección puerperal, ésta no puede excluirse por el método de examen seguido, pues es bien sabido que puede existir un pequeño nido en la pared uterina ó membrana mucosa, de la cual puede haberse desprendido una embolia séptica.

El trabajo del autor termina con una revista de la patogénia de la oftalmía metastásica.— (*Anales de Oftalmología*, de Méjico, julio de 1905).

IV. El Dr. Stocké ha presentado una comunicación á la Sociedad de Medicina de Gand sobre el procedimiento que emplea para el tratamiento del desprendimiento de la retina.

Esta enfermedad constituye uno de los estudios más espinosos de la oftalmología. Provocada por estados morbosos muy diversos del ojo, todos los medios de acción habían hasta ahora completamente fracasado. Actualmente, á pesar de los progresos de la terapéutica, el desprendimiento de la retina es muy temible.

Según la teoría de Leber, la retracción del cuerpo vítreo por formación de tractus fibrosos, constituye la causa esencial del desprendimiento retiniano.

Se distinguen diversas especies de desprendimiento retiniano:

a) Las consecutivas á modificaciones patológicas intraoculares.

b) Las ocasionadas por traumatismos oculares ó perioculares.

c) Las que sobrevienen en el curso de una miopía elevada, generalmente progresiva.

Los numerosos tratamientos que se han sucedido prueban que la afección es rebelde á toda terapéutica. Sería demasiado largo el exponer todos los que se han propuesto, por lo cual el autor cita solamente la electrolisis, que ha gozado en estos años últimos de un favor que parece merecido.

Pero actualmente las inyecciones subconjuntivales concentradas de cloruro de sodio al 10 y hasta al 20 por 100, son las que están en más uso, después de los trabajos relativos á las leyes de la isotonia y de la presión osmótica.

Existen pruebas ciertas que demuestran la realidad de la acción osmótica de estas soluciones concentradas de cloruro de sodio á través de la esclerótica y de la coroides.

El autor ha empleado este método en tres casos de desprendimiento miópico reciente, y ha obtenido tres éxitos.

Uno de estos casos era una mujer miope; de cuarenta y siete años.

Tenía desprendimiento de la retina del ojo izquierdo, que ocupaba todo el segmento ecuatorial inferior. No tenía opacidades del vítreo, porque el desprendimiento era reciente. Tratamiento: inyecciones subconjuntivales de cloruro de sodio, primero al 2, luego al 5, por fin al 10 por 100. Cada inyección subconjuntival iba acompañada en este caso, como en todos los demás, de una inyección subcutánea de 1 centígramo de pilocarpina. Reposo completo en cama durante tres semanas. El resultado fué el adosamiento completo de la retina y el restablecimiento completo de la visión.

Lo que hay de especial en el método del autor es el empleo simultáneo de las inyecciones de cloruro de sodio y de pilocarpina, sin ninguna otra intervención operatoria.

Este procedimiento es sencillo, fácil de ejecutar, está exento de todo peligro y cura en la mayoría de los casos de desprendimiento miópico reciente, sin exceptuar otras formas no complicadas de desprendimiento de la retina. — (*La Clinique ophtalmologique*, 1906, número 4).

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DR. D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

I. Geschichte der Medizin, von Dr. Max Neuburger (Historia de la Medicina, por el Dr. Max Neuburger, en dos tomos: tomo primero, de 408 páginas. Stuttgart, 1906).

II. La tuberculosis pulmonar en el ejército español, por Federico González Deleito. Tesis doctoral de 66 páginas. Madrid, 1905.

III. La alimentación y los régimenes en el hombre sano y en los enfermos, por Armando Gautier, traducido del francés por D. Agustín Fuster Fernández. Un tomo de 624 páginas. Madrid.

I

El fin que se ha propuesto el Dr. Neuburger, ya bien conocido de nuestros lectores, al dar á la luz pública esta *Historia de la Medicina* es, como manifiesta en el prólogo de la obra, estudiar principalmente la relación que siempre ha existido entre la cultura general de cada época y la Medicina, fijándose en la evolución que han ido realizando las ideas en esta ciencia y no prestando atención á

las cuestiones bibliografico-filológicas y á las historico-literarias más que en aquellas ocasiones en que se ha hecho indispensable.

En este primer tomo de la obra, después de unas cuantas páginas dedicadas al estudio de la Medicina primitiva, trata el Dr. Neuburger de la Medicina del Oriente. En el capítulo dedicado á la Medicina del Antiguo Testamento hace constar el autor que no es cierto, como se cree por muchos, que en el pueblo judío estuviera vinculado el ejercicio de la profesión médica en la clase sacerdotal, puesto que, por lo menos en tiempo de los profetas, había médicos propiamente dichos.

Al estudiar la Medicina de los indios, insiste el autor en la influencia que aun hoy en día ejerce la ciencia de aquellos remotos tiempos en la teoría y en la práctica de los médicos indígenas de la India actual. Recuerda, por otra parte, la participación que ha tenido la Medicina de los indios en el desarrollo de ciertas prácticas aceptadas ó por lo menos bien conocidas en nuestros países de Occidente, como sucede, v. gr., con el hipnotismo.

En la sección de la obra que comprende el estudio de la Medicina en la antigüedad clásica, al tratar de Hipócrates y de la medicina hipocrática, insiste en que lo que se venía conociendo como «obras de Hipócrates», se sabe hoy á ciencia cierta que no son otra cosa que el resultado del trabajo de varias generaciones, el producto espiritual de autores muy diferentes, cuyas voces ha reunido la casualidad para formar un coro no siempre muy armónico. Aun así, Hipócrates personifica la reacción del sentido práctico enfrente de teorías superficiales y mal enlazadas; también le caracteriza el respeto á la tradición en lo que tiene de utilizable para la práctica médica. Hipócrates ha sido, además, el primero que elevó la Medicina al rango de ciencia independiente, y en su terapéutica ha sabido tener muy en cuenta las fuerzas de la Naturaleza sin abandonarse á un nihilismo escéptico.

De Galeno dice nuestro autor que fundó su patología y su diagnóstico en la proposición de que no puede haber trastorno funcional sin lesión orgánica, proposición cierta sin duda alguna, pero que aun hoy en día no se puede demostrar en una buena parte de estados morbosos. Su aspiración á convertir la Medicina en una Ciencia exacta, es ciertamente muy halagüeña, pero también está muy lejos de efectuarse, si es que cabe la esperanza de que tal deseo se pueda llegar á realizar.

Creo que bastarán estas indicaciones para hacer comprender el

mérito relevante de la obra del Dr. Neuburger, y para desear con impaciencia que vea la luz pública el tomo segundo de su notable *Historia de la Medicina*.

II

El problema de la tuberculosis pulmonar, siempre de actualidad por la difusión del mal y por su resistencia á nuestros esfuerzos profilácticos y terapéuticos, presenta un aspecto de sumo interés cuando se le relaciona con el servicio militar.

No obstante la selección cada vez mayor que en bien de la humanidad y de la misma milicia practican los médicos encargados de este cometido, es lo cierto que en todos los ejércitos, y en el nuestro en no menor grado que en los demás, son bastante frecuentes los casos de tuberculosis pulmonar y de defunciones por ella ocasionadas.

El Dr. Deleito, distinguido médico militar, estudia en su Memoria de doctorado la frecuencia de la tuberculosis pulmonar en el ejército español, las formas que suele presentar, sus causas y el modo de combatir el desarrollo y la propagación del mal en la fuerza armada. Para resolver tan múltiples é interesantes problemas apela el autor á su experiencia personal, á las estadísticas, y en especial, como ya se comprende, á las españolas, no siempre tan completas y detalladas como sería de desear, y al estudio de la literatura respectiva.

Además de las conclusiones con que termina la Memoria, y que resumen el resultado de los estudios del autor, ha incluído éste al final de su trabajo un mapa y varias gráficas, donde se ponen más de manifiesto la comparación de los distintos datos estadísticos de que se ha hecho uso y mención en el texto.

El trabajo del ilustrado médico es muy interesante por su objeto y por la forma en que lo ha llevado á cabo. Bien merece que se le imite por los que puedan y se hallen en condiciones de hacerlo, y sobre todo que se preste atención á las enseñanzas que del mismo se deducen. Sólo así se podrá llegar á conseguir que el servicio en filas no figure entre una de las causas que contribuyen, si no á crear tuberculosos, por lo menos á agravar los que ya lo están al ingresar en el ejército.

III

El enunciado de la obra es de los que prometen y el contenido de la misma de los que cumplen. Así podía esperarse también conocien-

do el nombre del autor, reputado como de los más competentes en las cuestiones relativas á la alimentación y á los régimenes alimenticios.

Y por cierto que el asunto no siempre es de los más fáciles de resolver, como se comprende recordando que para decidir qué alimentos convienen más en un caso particular, hace falta conocer, además de las idiosincrasias que existen, aunque no con tanta frecuencia como se había creído, la composición química de cada alimento, las variaciones que dicha composición experimenta con las distintas preparaciones culinarias, su digestibilidad en el sano y en los distintos estados morbosos, y su grado de utilidad una vez asimilados é incorporados sus principios á los distintos humores y tejidos.

Tres partes contiene la obra del Dr. Gautier: en la primera se trata de los principios generales de la alimentación; en la segunda se hace un estudio de los alimentos y en la tercera de los diferentes régimenes en el estado de salud y en el de enfermedad.

Basta enunciar las tres secciones en que está dividido el libro para comprender que se trata principalmente de una obra de consulta para ayudar al práctico en la resolución de problemas que en ocasiones tropiezan con bastantes dificultades, si bien éstas tanto ó más que del conocimiento más ó menos cabal de la composición y cualidades de los diferentes alimentos, provienen en muchos casos de nuestra ignorancia respecto á la patogenia de determinadas enfermedades de la nutrición.

El Sr. Fuster se ha esmerado en hacer una traducción correcta, y además de esto también ha procurado completar el libro del doctor Gautier adicionando algunos datos relativos á nuestra nación. Pero confiesa él mismo que no le ha sido posible satisfacer tal exigencia en el grado que hubiera deseado, por haber sido muy escasos los datos que con dicho fin se ha podido proporcionar á pesar de todas sus gestiones.

De todos modos, el libro del Profesor de la Facultad de Medicina de París es una obra que también en España no ha de tardar en hacerse clásica, pues tiene condiciones sobradas para ello.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Las inyecciones intratraqueales. — El Dr. D. H. R. Pinilla, publica en *El Siglo Médico*, lo siguiente:

«Mis pequeños conocimientos en la especialidad otorinolaringológica, débolos á mi antiguo amigo y cariñoso colega el conocido especialista doctor Compaired, con quien trabajé algún tiempo. Y fué en 1895 cuando padeciendo yo una traqueobronquitis crónica, me sujeté — por consejo de mi amigo — á las inyecciones intratraqueales.

A cambio de otras excitabilidades, yo poseo una tolerancia *extremada* de mi faringe y laringe. Casi podría considerarme como un laringofantum viviente. Merced á esta cualidad mía y á la pericia del Dr. Compaired, pudo éste observarme que la tráquea en sus primeros anillos tenía un aspecto gris-ceniza, y que la laringe estaba sana. La auscultación demostraba la existencia de ligeros estertores mucosos, *roncus*, diseminados, sobre todo en el lado izquierdo.

Había tomado á la sazón, y con objeto de curar este proceso catarral, los medicamentos aconsejados para el caso; mas la tos continuaba y la expectoración de mocopus seguía, preocupándome y produciendo molestias positivas.

Decidímonos, pues, á realizar las inyecciones intratraqueales por medio de la jeringuilla de Ruault, de 10 cent. cúb., con aceite mentolado, pensando en ensayar si probarían mejor las de aceite y creosota.

Sin cocainización previa, el Dr. Compaired procedió á la obra. Sin elevar la temperatura del líquido inyectable—aceite de olivas esterilizado y mentol al 10 por 100—cargó la jeringa con 10 cent. cúb.; procedí yo á sujetarme la lengua en suave tracción fuera de la boca, y guiado él por el espejillo, condujo la cánula curva traspasando la glotis, y de dos golpes de émbolo — para lanzar en dos veces el contenido — inyectó el líquido.

La primera molestia que sentí fué la ligera sensación de carraspera, producida por unas gotas de aceite en el vestíbulo de la laringe y en la boca. Pero inmediatamente fué sustituída esa incomodidad por el ahogo. El ahogo obliga á levantarse del asiento, buscando otro en medio de la habitación, si es posible; tras del ahogo, que si bien incomoda, no da temor, surge la necesidad de toser. Pero ante la conveniencia de no expulsar la inyección — tiene uno la idea de que se arrojaría todo el líquido; y es que la tos provoca en efecto la expulsión de cierta cantidad de aceite, cuyo sabor disgusta, si es que no provoca náuseas, en cuyo caso se favorecería la expuición — se logra, por medio de inspiraciones cortas y rápidas, dominar la tos y el ahogo.

A la segunda inyección fuí ya maestro, quiero decir, que dominé mis ner-

vios. Necesité, como siempre, ponerme de pié; pero inmediatamente inclinaba el tronco á la izquierda, es decir, del lado en que sentía mi catarro; hacía frecuentes inspiraciones por la nariz, y sentía el *frío* del mentol en el lado izquierdo del pecho, lo mismo que en la tráquea.

Por curiosidad científica, ó porque Compaired lo encontrase indicado, dos días la inyección fué de aceite creosotado. Recuerdo que me molestó más el ahogo, que antes duraba unos diez segundos, y abandonamos esas inyecciones. A ello nos incitaba también el éxito indudable obtenido con las diez inyecciones que me practicó con el aceite mentolado.

En efecto, al día inmediato de comenzar el tratamiento, la expectoración fué menor, y el color de la mucosa traqueal menos grisáceo; á la tercera ó cuarta era sonrosado pálido. Yo quedé encantado del remedio.

.....

Algún tiempo después, me convertí de paciente en actuante. Hice yo á mis enfermos las inyecciones aludidas, y tras algunas equivocaciones — resultaron inyecciones esofágicas muchas veces—dominé á mi vez la técnica, ese *tour de main*, que aquí consiste en mirar al espejillo, averiguar si la punta de la cánula ha franqueado las cuerdas vocales, en elevar la mano que lleva la jeringa, para inclinar el chorro hacia adelante, y en proyectar el líquido en dos golpes de pistón y no con demasiado apresuramiento.

.....

Hace, pues, muchos años que en España se emplea este recurso terapéutico, y que hemos aprendido á dirigir esa inyección á voluntad hacia el lado ó hacia el pulmón enfermo, y hace ya tiempo que podemos afirmar que tal medicación es utilísima en toda traqueobronquitis crónica, tenga el apellido que tenga.

Sólo añadiré, para terminar, que me causa mucha extrañeza el no ver aconsejado este remedio en el tratamiento de la gangrena pulmonar. Esta omisión la cometen al menos los tratados de Brouardel-Gilbert, Ebstein-Schswalbe, von Mering, Peuroldf, Dieulafoy, Bernheim y Ziemsen. Es, sin embargo, utilísimo y más hacedero que el tratamiento quirúrgico».

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 17 de Julio de 1906.

Vacunaciones y revacunaciones en Francia en 1904.—El Dr. KELSCH: De los datos que he tenido ocasión de examinar resulta que 27 provincias no han suministrado ninguna noticia ni estadística, y algunas no han dado más que

cifras sin ningún comentario y aun cifras con frecuencia incompletas. Los casos de viruela observados en las distintas provincias, demuestran que la ley acerca de la vacunación obligatoria aún no ha hecho desaparecer, desgraciadamente, la viruela en Francia, sea por la indiferencia de la población ó sea por la impunidad ó inercia administrativa.

El paludismo en Madagascar.—El Dr. Blanchard: Para combatir la epidemia de paludismo, la Administración ha ordenado la desecación de los pantanos, la destrucción por el fuego de las hierbas parásitas, etc.; además de las conferenciae médicas, y cartillas repartidas con profusión, se han empleado todos los otros medios posibles, y á pesar de ello, la recrudescencia del paludismo es siempre considerable en la estación de las lluvias, recrudescencia que también se observa en el Tonkin y en la Reunión, lo cual es debido á que los anofeles han ido ganando poco á poco las altas llanuras. Un buen medio para luchar contra esta plaga es la de colocar las telas metálicas en puertas y ventanas; pero esto sólo se puede ordenar para los locales colectivos, y hasta en estos casos es algunas veces irrealizable. En efecto, los mismos soldados no han querido habitar los locales cuyas ventanas estaban protegidas por dichas telas y las han destruído á bayonetazos; con más razón, los indígenas no aceptarían esta forma de profilaxis.

El Dr. Laverán: Soy partidario de las medidas propuestas por el doctor Blanchard; pero, en mi opinión, la Academia no puede inducir á los poderes públicos á que deseque y trate con petróleo todos los pantanos de Madagascar. Las medidas propuestas por el Dr. Blanchard, son difícilmente realizables en un país cuya extensión, superior á la de Francia, es de 600.000 kilómetros cuadrados. El principal cultivo es el del arroz, que lleva consigo la presencia de aguas estancadas; el petróleo destruiría el arroz, y los malgaches morirían de hambre. Las telas metálicas no pueden tener más que aplicaciones parciales. En fin, hay otras medidas más importantes y más realizables para los malgaches, que son muy miserables, y esta miseria es la que se debe combatir especialmente, y en particular trasladando ciertos villorrios que están situados demasiado cerca de los arrozales.

El Dr. Blanchard: Los documentos administrativos del Dr. Kermorgant, confirmando las cifras que he presentado, demuestran la marcha progresiva del paludismo en Madagascar. La existencia de los arrozales implica la de las aguas estancadas, y claro es que no hay que pensar en destruirlos, pero es necesario desecar los estanques situados alrededor de las habitaciones y creados por la mano del hombre. La obra de los americanos en Cuba ha consistido en destruir los pequeños estanques y las oquedades en donde las aguas de lluvia podía acumularse, y estas medidas han ido seguidas de un éxito perfecto.

El Dr. Roux: Sería conveniente que se nombrara una comisión para que nos presentara un dictamen en la sesión próxima.

El Dr. Chantemesse: Como que el Dr. Blanchard propone la lucha clásica ensayada con éxito en varios puntos, podrían hacerse desde este punto de vista proposiciones al gobernador de Madagascar.

(*Le Bull. Med.*, núm. 56).— Codina Castellví.

XV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Celebrado en Lisboa del 19 al 26 de Abril de 1906.

(Continuación).

Algunas consideraciones obstétricas basadas en el examen de un corte sagital practicado en una primípara muerta en pleno período de expulsión.— El doctor S. Recasens: En enero último he podido practicar un corte sagital en el cadáver de una mujer que murió en pleno período de expulsión y hacer un estudio anatómico é histológico bastante detenido de las condiciones en que se encuentra el útero en el momento del parto, y aunque sea un asunto bastante discutido, no hay un acuerdo unánime en la apreciación de los hechos observados, y por consiguiente las deducciones que se han sacado no son semejantes bajo el punto de vista fisiológico ni del patológico.

El examen del corte me ha hecho ver ciertas diferencias entre algunos de los publicados y el mío, y por consiguiente la interpretación de ciertos fenómenos patológicos observados en la práctica no puede ser la misma. He aquí el motivo que me ha conducido á volver sobre un asunto tan discutido antes y que á pesar de ser tan antiguo no han podido reunirse en una opinión única la de todos los tocólogos.

Se trataba de una mujer muerta en pleno período de expulsión, con el útero completamente borrado y dilatado, o mismo que la parte superior de la vagina. La cabeza llenaba por completo la excavación y la bolsa serosanguínea se encontraba á dos traveses de dedo de la vulva.

Esta mujer había muerto de un ataque de asistolia, á las catorce horas de principiar el parto. Ignoro las circunstancias que impidieron parir á esta mujer, lo que he podido saber es que se trataba de una primípara cardíaca y que su trabajo había durado catorce horas.

El cadáver se congeló con una mezcla frigorífica de hielo y sal común, y á las cuarenta y ocho horas pudimos practicar una sección perfecta que dividía exactamente por medio el cuerpo de la mujer y del feto.

Lo que llamó la atención sobre todo al examinar el corte fué el diferente grosor de las paredes del útero; por detrás, en el punto que corresponde al promontorio y en relación también con el cuello del feto, había un engrosamiento muy marcado, que no es otra cosa que lo que se llama anillo de contracción; por encima y debajo de este punto la pared del útero se adalgazaba de un modo progresivo, sobre todo hacia abajo hasta el orificio externo del cuello, donde alcanzaba el mínimum de grosor.

El punto más grueso tenía una disposición circular perfectamente apreciable al tacto, pero aunque circular por completo la diferencia entre el grosor de la parte posterior y el resto de la circunferencia era tan acentuada que apenas se podía distinguirle en la pared anterior del corte.

¿Qué significación anatómica y fisiológica tiene este anillo de contracción? ¿Se le encuentra siempre al mismo nivel? ¿Esta formación es un hecho puramente funcional ó marca el límite entre el cuerpo y el cuello del útero? He aquí los motivos de las discusiones y de las mayores divergen-

ciones de interpretación que han producido estas preguntas, y que intentaremos contestar, fijándonos en el examen de los cortes y en el análisis bibliográfico de la estructura de la pared uterina.

Un hecho que llama mucho la atención, tanto en nuestro corte como en el primero presentado por Braune, es que el anillo de contracción corresponde por su parte más gruesa de un modo exacto al punto máximo de flexión que forman la cabeza y el cuerpo del feto en la región del cuello, es decir, en el ángulo externo que deja un vacío en la cavidad del útero del feto. Esta observación, sobre la que no se ha fijado bastante la atención de los autores, tiene para nosotros una importancia extraordinaria, sobre todo si se compara este hecho con lo que se observa en las presentaciones anormales, especialmente en las del tronco, en las que al introducir la mano para practicar una versión, nos encontramos el círculo contráctil á mayor altura, correspondiendo casi al punto en que el feto deja un vacío en el que pueden introducirse las fibras uterinas que, acumuladas, forman este anillo.

En algunos casos se forman también anillos de contracción durante el alumbramiento, cuando se ha taponado el útero para contener una hemorragia; donde la gasa no forma un cuerpo muy compacto, se acumula una gran cantidad de fibras musculares y forman anillos de contracción muy parecidos al que se observa en nuestro corte.

Es indudable que este círculo contráctil es un fenómeno que pertenece al período del parto, porque si bien antes de principiar éste las paredes del útero no tienen un grosor uniforme, las diferencias son tan ligeras que, excepto el punto de inserción de la placenta, apenas si se las puede apreciar á simple vista. Si observáis los dibujos de los cortes sagitales publicados por Pinard, Varnier, Barbour, Valdeyer, 2.° de Braune, Bayer, Canton, Vinter, etc., de mujeres muertas antes de principiar el parto, veréis que es imposible indicar el punto donde debería existir el círculo contráctil. Por esto se ha creído que el anillo de contracción marca el límite exacto entre el cuerpo y el cuello del útero. Analizando cuidadosamente los hechos y fijándonos en los cortes publicados, no podemos aceptar esta interpretación, por lo menos en lo que se refiere á un gran número de casos.

Las medidas tomadas por Müller y Pinard han demostrado hasta la evidencia que el cuello del útero no desaparece antes de que haya comenzado el trabajo, y los cortes sagitales numerosísimos que se han practicado para demostrar la persistencia del cuello hasta este momento, no dejan duda alguna con respecto á dicho particular. Aceptado este punto, si recordamos la situación elevada donde encontramos el anillo de contracción en los casos de presentación transversal, abandonada, cuando introducimos la mano para practicar una versión ó una embriotomía, es imposible aceptar que una distensión tan enorme sea el resultado exclusivo del estiramiento de las fibras del cuello. En un caso medimos la distancia entre el orificio externo del útero y el anillo de contracción situado por encima de la cabeza del feto colocada en presentación cefálica izquierda transversa, siendo mayor de 20 centímetros (la mujer llevaba dos días de parto).

Por otra parte, la disposición anatómica de la vena circular perfectamente apreciable en la mayor parte de los casos publicados, varía en rela-

ción con el anillo contráctil; en el primer corte de Braune, está situada inmediatamente por encima del punto más culminante del círculo de contracción, mientras que en el nuestro lo está muy por debajo de él. Esta diferencia de emplazamiento nos hace creer que si en algunos casos el anillo de contracción marca el punto correspondiente al orificio interno del útero, no siempre es así.

Creemos que la significación de este anillo de contracción no es de orden anatómico, sino fisiológico, resultado de la acción mecánica que el ovoide fetal determina. En el parto completamente fisiológico, la presión uniforme transmitida por el líquido amniótico en primer lugar, y después la presión axil cuando está rota la bolsa de las aguas, actúa sobre el único punto del útero que no opone resistencia contráctil y determina la progresión del feto, y como consecuencia, el estiramiento de la porción cervical, sin formar el anillo contráctil hasta que las fibras circulares del istmo que han experimentado una distensión enorme encuentran en el ángulo de flexión que forma la cabeza y el hombro correspondiente del feto un espacio vacío donde introducirse; entonces principia su retracción y se agrupan en gran cantidad, formando un engrosamiento que, al contraerse, determina la aparición del anillo contráctil. En estas condiciones de fisiologismo absoluto es muy probable que el anillo de contracción y el límite inferior del cuerpo del útero se correspondan de un modo exacto.

Todo lo contrario sucede cuando por alguna irregularidad de presentación ó por falta de equilibrio entre la resistencia del cuello y la disminución de la cavidad del útero producida por exageración de la retractilidad del músculo que principia en cuanto sale el líquido amniótico debe el órgano gestador tomar elementos para su distensión de la misma substancia corporal; entonces, las partes más próximas al istmo por ser las que reciben de un modo más directo la presión axil, pierden su resistencia y se dejan distender, y por lo tanto, el anillo de contracción se forma inmediatamente por encima del punto donde terminan las fibras del cuerpo distendidas; en estos casos, el punto á donde corresponde el orificio interno está muy alejado del anillo contráctil.

En la presentación transversal, la cantidad de elementos contráctiles del cuerpo del útero que toman parte en la distensión de la cavidad, se halla aumentada en proporción progresiva á la duración del trabajo, y el anillo de contracción se eleva bastante; en estas condiciones, la situación del anillo no es paralela á los planos pelvianos, sino oblícua con el punto más elevado que corresponde al ángulo de flexión que forman la cabeza y el tronco.

En estos casos, la disposición de la vena coronaria es también completamente oblícua al plano que forma dicho anillo muscular.

A veces, el istmo no es el que sufre las presiones del polo fetal que se presenta, sino las partes inmediatas; en este caso se produce una dilatación saciforme del segmento inferior del útero, sin que intervengan en su formación las fibras del cuello; estas dilataciones sacciformes recaen en ciertos casos en la cara posterior del segmento inferior, pero se forman con mucha más frecuencia á expensas de la cara anterior del órgano. Las causas de estas dilataciones son siempre anomalías en la dirección de las presiones

ovulares: la anteversión y la retroversión del útero; la disposición irregular del eje uterino por efecto de una ventro ó vaginofijación; las anomalías de presentación del feto, etc., son causas de este cambio de dirección de las presiones ovulares y las determinantes en las dilataciones sacciformes referidas. Tenemos la convicción de que el cuello no toma parte en la dilatación sacciforme de que hablamos, convicción basada en la medición exacta hecha en un caso de la longitud del cuello uterino en los últimos meses del embarazo, antes y después de formarse una dilatación sacciforme de la pared posterior del útero á consecuencia de una histeropexia abdominal.

En este caso, igual que en las presentaciones viciosas, el anillo de contracción se halla situado bastante por encima del orificio interno del útero y presenta también una disposición oblícua en relación con los planos de la pelvis.

Si del examen macroscópico que hemos hecho pasamos al microscópico de las porciones extraídas de las paredes del útero en el sitio correspondiente al anillo de contracción y á la porción adelgazada que existe inmediatamente por debajo, nos convenceremos cada vez más de que los términos orificio interno y anillo de contracción no representan siempre la misma cosa.

Hemos cortado tres pequeños trozos de la pared del útero en los puntos correspondientes al anillo de Bandl y á 2 centímetros por encima y por debajo de él; después de fijos con una disolución débil de formalina y de bien endurecidos en el alcohol, los sumergimos en celoidina durante ocho días; hicimos, por último, los cortes, coloreándolos por los medios más diversos. Al examen histológico de estos cortes no se notaba diferencia alguna entre el perteneciente al trozo superior y los del medio é inferior; igual disposición celular de la línea interna; la misma disposición de las fibras musculares en la capa media, de las que las más internas y las más externas seguían la dirección longitudinal, y las intermedias, en mayor número, la transversal y oblícua; la parte más exterior del corte estaba rodeada por una fila de células planas pertenecientes al peritoneo que forma la túnica externa del útero.

Esta disposición igual de los cortes hechos con los tres trozos contrastaba de una manera notable con la de otro trozo tomado de la porción más adelgazada del cuello, situado dos traveses de dedo por debajo del anillo de Bandl. En este último corte se veían únicamente fibras musculares cortadas al través y en cantidad mucho menor; el corte de células correspondiente á la mucosa estaba muy adelgazado, pero no se veían en él las gruesas células de la caduca abundantes en los otros cortes; la diferencia entre los cortes del cuello y los pertenecientes á las paredes del cuerpo era evidente, pero esta diferencia no existía entre las porciones superiores é inferiores del anillo de Bandl, sino en las más lejanas.

Para esclarecer este punto, convendría examinar preparaciones frescas después de la disociación de los elementos musculares, pero hasta ahora no hemos hecho esta clase de investigaciones.

Debemos indicar otro hecho anatómico que observamos en nuestro corte, y que se halla en oposición con las descripciones que se hacen generalmente del fenómeno de la desaparición del cuello uterino. Hablando de él

se dice: cuando el orificio externo del útero llega al máximum de dilatación, forma un pequeño rodete que se continúa con la vagina distendida. Esta descripción se funda en el examen del primer corte sagital publicado por Braune; se ve sólo un pequeñísimo rodete circular que marca el límite entre la vagina y el útero; no se descubre en él rastro alguno de hocico de tenca. En el corte sagital que hemos hecho se notaba que la parte vaginal del cuello no había desaparecido; no quedaba un simple rodete, sino toda la porción vaginal del cuello, muy adelgazada y perfectamente aplicada á las paredes de la vagina con sus fondos de saco fácil de reconocer; el posterior muy profundo y el anterior mucho menos.

Cuando sacamos el feto de su lecho uterino, después de la sección sagital, el aspecto que ofreció esta parte era el que se describe generalmente; una elevación pequeña marcaba el límite entre la vagina y el útero, pero haciendo un examen minucioso de las partes vimos que lo que parecía al principio una simple elevación estaba constituído por una lámina delgadísima aplicada con exactitud á las paredes vaginales con una anchura de 2 centímetros y medio en su porción posterior, dimensiones que iban siendo menores al aproximarse á la parte anterior, en la que eran sólo de 8 milímetros. Levantando esta lámina delgada se veía perfectamente que los fondos de saco no habían desaparecido por completo; quedaban formando una canal profunda que por aplicación exacta de sus paredes forma al pasar el feto una cavidad virtual.

Esta persistencia de la parte vaginal del cuello del útero nos explica de una manera clara por qué inmediatamente después de salir el feto principia á rehacerse del hocico de tenca; como esta parte no desaparece, y sólo la aplicación exacta á la pared vaginal es la que da la sensación de su aplastamiento completo, tan pronto como la presión del feto desaparece, las dos paredes se separan y es posible seguir al momento el contorno del cuello.

Al examinar los cortes sagitales de von Seaxinger, el de Tibone y uno de los de Pinard, se ve ya que las cosas pasan según hemos dicho, aunque por referirse á cortes practicados en mujeres en las que la dilatación del cuello y de la parte superior de la vagina no era completa, carecen de la claridad del que presentamos.

Fijándonos en los hechos, se ve bien que no puede ser de otro modo; las contracciones uterinas disminuyen la capacidad de este órgano y hacen presión sobre el óvulo; como éste por su contenido líquido no puede reducirse en proporción á la disminución de la cavidad uterina, debe tomar elementos de la región cervical para su distensión, y, por consiguiente, la cavidad del útero se agranda en la parte inferior proporcionalmente á la disminución que experimenta la porción corporal.

En cuanto la distensión del cuello llega á las inserciones vaginales, èste órgano principia á distenderse, y al separarse la porción del cuello, que no está aplastada, es decir, el hocico de tenca, es estirada hacia fuera y se hace horizontal, dando al dedo que practica el tacto la sensación de una desaparición completa. En este momento la bolsa de las aguas principia á introducirse en el orificio externo, y al obrar como una cuña aproxima esta parte, al principio horizontal, á las paredes vaginales y la hace tomar otra vez su posición vertical.

No existe en momento alguno del parto desaparición completa del hocico de tenca; hay únicamente cambio de posición y dilatación máxima del mismo. Estos fenómenos no son completamente iguales en la parte anterior que en la posterior; en esta última el plano resistente que forma el sacro permite la aplicación exacta de la porción correspondiente del cuello á la pared vaginal, mientras que en la parte anterior la falta de un plano óseo permite á la pared vaginal su distensión exagerada por delante, y entonces la porción del cuello correspondiente forma un pequeño espolón poco acentuado.

La persistencia del canal que forma el cuello de útero y la vagina en el parto fisiológico, no tiene importancia alguna; su conocimiento es muy importante en algunas intervenciones obstétricas; la existencia de este canal profundo en los límites de la vagina y del útero, puede explicar algunas dificultades que se encuentran cuando (con infracción de todas las reglas de aplicación del forceps) se quiere aplicar una cuchara de éste sin ser guiadas por la mano ó por la extremidad de los dos dedos. Algunos desgarros cervicales consecutivos á la aplicación del forceps que han sido considerados como debidos á la aplicación de este instrumento sin estar el cuello dilatado por completo, se explican indudablemente por la introducción de una cuchara en este fondo de saco que acabamos de describir.

Del estudio anatómico é histológico que acabamos de hacer deducimos que la dilatación y el aplastamiento del cuello es un fenómeno exclusivamente mecánico, resultado de la acción de la bolsa de las aguas y del polo fetal que se presenta; no podemos aceptar acción activa alguna de las fibras longitudinales del cuerpo del útero como determinantes de estos fenómenos. La dilatación y el aplastamiento son dos fenómenos completamente pasivos; la cuña que forma la bolsa de las aguas y el ovoide fetal determinan el aumento inferior que necesita producirse á medida que la capacidad uterina disminuye por la acción de las contracciones del útero.

En el parto, en cuanto las contracciones del músculo uterino principian, se produce una disminución de la capacidad total del órgano; esta disminución ocasiona una compresión sobre el huevo que, por acción refleja, obra sobre todos los puntos de las paredes del útero como presión endocavitaria; las paredes del órgano gestador resisten de modo diferente, según su constitución anatómica; en el cuerpo, la existencia de fibras longitudinales y oblícuas refuerzan de un modo considerable las paredes, mientras que en el cuello, la casi totalidad de los elementos contráctiles tienen una disposición transversal, y por consiguiente ofrecen una resistencia mucho menor á la presión que el ovoide fetal ejerce sobre ellos. El acortamiento de las fibras se hace en el cuerpo en todos sentidos, y la resistencia es casi igual en toda la extensión del cuerpo del útero, mientras que en la proximidad del istmo hay casi exclusivamente fibras transversales.

La existencia de un agujero en esta región, la debilita aún más, y en consecuencia la presión endocavitaria que el ovoide fetal determina por las contracciones uterinas, encuentra un punto de menor resistencia en la parte inferior del órgano, y la continuación de las presiones acaba por producir la inercia de estos elementos musculares; entonces el istmo suministra elementos para la distensión del útero, pero sólo cuando están iner-

tes; la acción de las fibras longitudinales del cuerpo no contribuye en nada á este efecto; su acción es únicamente la de aumentar la resistencia de las paredes y de disminuir la capacidad total del órgano por su acortamiento.

Si examinamos los diferentes cortes publicados, observaremos que la parte posterior del cuello suministra muchos más elementos de distensión que la pared anterior; este fenómeno es debido al hecho anatómico tan conocido de la menor longitud del fascículo ansiforme en la pared posterior del útero que en el anterior, por cuya razón, la resistencia es menor en aquélla.

A medida que las fibras superiores del cuello son vencidas en su resistencia entran á formar parte de la cavidad total del útero, recibiendo entonces las inmediatas inferiores las presiones procedentes de arriba; cuando todas las fibras del cuello, hasta en sus inserciones vaginales han contribuído á la formación de la cavidad uterina, el huevo, al tener necesidad de un espacio mayor (si la disminución de la capacidad del útero continúa), se introduce en el orificio del cuello y principia á formarse la bolsa de las aguas.

En los casos completamente normales, la bolsa de las aguas produce la dilatación completa; pero cuando las membranas se rompen prematuramente, es la presión trasmitida por el feto la que produce esta dilatación. Toda disminución de la cavidad del útero toma el carácter definitivo por efecto de la retracción del músculo; el sitio perdido por el feto no puede recobrarle; la retracción aumenta continuamente y el efecto final debe ser la expulsión total del feto fuera de la cavidad del útero; en los casos de obstáculos extra-uterinos á la progresión del feto (presentaciones transversas, pelvis viciadas, etc.) el efecto de la retracción y de las contracciones es el mismo, pero el feto no puede obrar como cuña dilatadora por su situación elevada, y el mecanismo de dilatación se produce en sentido inverso; en estos casos es el útero el que sube, y al deslizarse sobre la presentación fetal, ocasiona la abertura del orificio del cuello. Este mecanismo debe ser considerado como patológico y reclama más tiempo.

Un caso de sífilis traqueal. — El Dr. A. García Tapia: La enferma objeto de esta comunicación carecía de antecedentes hereditarios. En diciembre último tuvo una bronquitis y á los pocos días notó dificultad respiratoria al subir las escaleras. Persistió la tos seca, expulsó algunos esputos sanguinolentos y la disnea fué en aumento. Las inspiraciones, en número de 11 por minuto, eran lentas, prolongadas, poco profundas, ruidosas, con sensación de roce distinto del de huélfago de la estenosis laríngea. La voz era clara. Este tipo respiratorio indicaba un obstáculo en las primeras vías, localizado en la tráquea á juzgar por la integridad de la voz.

El examen laringoscópico reveló la integridad de la laringe. Coloqué á la enferma en la posición recomendada por Killian para ver la tráquea, y vislumbré algo profundo que obstruía el conducto traqueal, pero cuyos detalles me fué imposible precisar. Practiqué entonces la traqueoscopia superior, á la que llamo *estomatodial* (*etoma*, boca; *odos*, vía), empleando la espátula tubular, dividida en dos ramas laterales. La maniobra fué algo difícil por la longitud excesiva de los dientes de la enferma y por la dificultad respiratoria. Guiado por la espátula, y después de una profunda

anestesia local, introduje un tubo de 9 milímetros. Desmonté y extraje la espátula para que no dificultara las maniobras. Como anestésico local empleé una disolución de 2 gramos de estovaína y de 1 de cocaína en 20 centímetros cúbicos de agua; después de anestesiada la enferma respiró mejor, sin duda por el efecto constrictor de la cocaína.

Descubrí entonces masas rojizas insertas en las partes posterior y laterales de la tráquea, cerca de su bifurcación; llenaban casi por completo este conducto, dejando sólo un pequeño orificio por el que el aire pasaba con trabajo; sorprende cómo obstrucción tan grande era compatible con la vida.

Observando que la respiración había mejorado bajo la influencia de la cocaína, instilé algunas gotas de una disolución de adrenalina al 1 por 1.000.

Era preciso reconocer la naturaleza de la lesión. La enferma no había dado antecedentes, ni heridatarios ni personales, y su constitución era buena. Al auscultar, sólo se notaba respiración áspera por propagación del ruído traqueal. El lóbulo de la oreja izquierda estaba ulcerado y casi destruído. Esta ulceración lúpica me hizo sospechar la sífilis. Encontré los ganglios occipitales y sus maxilares de ambos lados infartados y movibles, y una cicatriz reciente de aspecto francamente sifilítico. Aunque sólo pude obtener datos vagos de lesiones ulcerosas de la boca, recientes y curadas por el clorato potásico, prescribí el tratamiento mercurial intenso.

¿Qué conducta debía seguir ante un estado local tan grave? El obstáculo estaba muy abajo para suprimirlo por la traqueotomía, y creí que lo mejor era emplear el procedimiento que sigue Piemazeck en el escleroma arterial, es decir, el raspado y la extracción por medio de cucharillas largas y de pinzas por traqueoscopia inferior ó *traumatodial* (*trauma*, herida, *odos*, vía). No pude encontrar cucharillas para raspar la tráquea y mandé fabricarlas; pero no fueron necesarias, porque bajo la influencia del tratamiento mercurial empezó á mejorar la respiración y el peligro inminente desapareció en veinticuatro horas. Cuatro días después la respiración era casi normal y sólo se oía el ruído áspero traqueal de las respiraciones muy amplias. La lesión de la oreja había mejorado de un modo visible. El tratamiento confirmó el diagnóstico de sífilis.

Practiqué una nueva traqueoscopia, y al hacer abrir la boca á la enferma se exacerbó el dolorcillo que sentía en los maseteros. El aspecto de la tráquea se había modificado bastante; las masas rojizas habían disminuído y podía verse parte de la bifurcación del conducto traqueal. Al día siguiente tenía esta mujer algo de fiebre, tumefacción y dolor fuerte en los maseteros, sobre todo en su inserción. Apenas podía abrir la boca. Se trataba de una miositis masetérica que desapareció con el tratamiento yodurado. Esta miositis primitiva es rarísima y difícil de explicar. No debe atribuirse al trabajo muscular exagerado durante la traqueoscopia, porque los maseteros están relajados durante este examen. Sea lo que fuere, es preciso tener en cuenta el terreno como factor primordial en su producción, porque la sífilis lo explica todo.

Este caso es interesante, por demostrar una vez más la utilidad de la traqueoscopia, por tratarse de una forma nada común de sífilis traqueal,

por la acción rápida del mercurio y por el desarrollo de una complicación rara, la miositis masetérica.

Definición, composición química y estructura del protoplasma. — El doctor G. Mann: El concepto de Hugo Von Mohl de que el citoplasma es la substancia primordial de la que proceden la cubierta y el núcleo de la célula, por cuya razón la llama *protoplasma*, es insostenible y propongo sustituir éste por el de *plasma*.

La evolución exige, como condición primera, una gran estabilidad de la molécula, sin que ésta pierda la calidad de sus reacciones químicas. Este resultado es obtenido por la disminución de las cualidades ionizantes de cada molécula y por nuevas combinaciones. Toda substancia inorgánica tiende á formar combinaciones coloideas por un número de unidades agregado en un complejo mayor, cada una de las cuales posea una potencial de carga eléctrica igual á la que, en el origen, hubiera podido desarrollarse en cada una de las unidades constitutivas. En un grado más avanzado de la evolución, cada unidad se hace anfotérica, es decir, posee la propiedad de unirse con las bases y con los ácidos. Finalmente, en cada molécula el radical ácido puede combinarse con el básico, formando así una sal interna que posee los caracteres pseudo-ácido y pseudo-básico. Este último compuesto, la sal interna, en presencia de ácidos ó de bases, queda neutro y conserva su individualidad.

Según nuestros antecesores más remotos, las parafinas son, desde el punto de vista químico, inactivas, pero su actividad aumenta más y más por oxidaciones progresivas, hasta transformarse en ácidos grasos de la serie inferior. Al convertirse éstos en amino-ácidos pueden combinarse entre sí y con ácidos y bases orgánicas. La formación de sales internas al satisfacer en cierto límite las afinidades químicas, las hace inactivas. En estado de reposo, la mayor parte de las células plásmicas son pseudo-básicas y pseudo-ácidas.

Lo que produce la vida en las combinaciones coloideas es la presencia de ácidos más enérgicos que los del grupo carboxilo y de bases más enérgicas también que las del grupo amino. Es inaceptable la opinión de Graham de que los cristaloides y los coloides ocupan los dos puntos extremos de la materia. Creo que todos los coloides, mientras están en disolución, son verdaderos electrolitos, porque en presencia uno de otro se mueven en sentido opuesto de la corriente eléctrica y un coloide es precipitado por otro coloide de sentido eléctrico opuesto. El exceso de uno de los coloides favorece la disolución de los precipitados coloideos.

Es necesario distinguir entre las substancias que se disuelven y las que se ionizan. El azúcar se disuelve por la misma razón que una sal, es decir, á causa de existir una diferencia potencial entre el disolvente y la substancia que ha de disolverse. El azúcar no experimenta más modificaciones después de disuelta, pero una sal, el cloruro de sodio, por ejemplo, se disocia en iones.

Otro punto interesante es la actitud de ciertas células constituyentes, las globúlinas, por ejemplo, en presencia de sales neutras, entre ellas el cloruro de sodio. Una sal verdaderamente neutra, como el sulfato de barita, es insoluble en agua porque sus dos componentes radicales poseen afini-

dades eléctricas de la misma intensidad, pero de signos opuestos; pero el cloruro de sodio es soluble porque el sodio es un enérgico cat-ion y el cloro un an-ion. La afinidad eléctrica del sodio no satisfecha permite la formación de una carga electro-negativa en las partículas coloides de la globulina, lo que obliga á estas partículas á separarse unas de otras á causa del descenso de tensión de superficie, y forman un agregado invisible á simple vista. En cambio la separación de los compuestos de globulina se observan en varios casos, principalmente en el núcleo, en los cilindros ejes y en ciertas reservas de materia.

El fenómeno de precipitación de las globulinas, que prueba la facultad de perder la ionización, es un ejemplo de la ley general: que las moléculas de la misma especie se aglomeran juntas cuando la facultad de ionización ha desaparecido, porque no existe entre ellas diferencia potencial. Las moléculas de globulina son atraídas de una manera pasiva por la acción activa del disolvente. Cuando se mezclan dos substancias activas y pasivas, ó dos pasivas, se forma una emulsión ó una separación en dos zonas distintas que tienen una superficie común producida por la densidad específica de los componentes de la mezcla; los gránulos de Nissl de las células nerviosas, los del zimógeno de las glándulas salivales, los depósitos de aleurona y de otras substancias de reserva, como el amilógeno y el glucógeno, son otros tantos ejemplos. Las fibrillas nerviosas y las radiaciones de los centrosomas son aglomeraciones transitorias producidas por la acción coagulante de los electrolitos.

El Dr. E. Albrecht: La célula animal representa, descartando las diferenciaciones específicas, una cámara pequeña de pared sólida, impregnada de lipoides, que contiene un líquido compuesto de coloides, de cristaloides y de agua. Este líquido tiene el aspecto de una emulsión de gotas, de paredes diferenciadas, ó aparece dividida en un número mayor ó menor, de pequeñas cavidades, de paredes viscosas y que contienen un líquido diferente. Las paredes intracelulares, en ambos casos, contienen, según toda probabilidad, la casi totalidad de las substancias mielinógenas, que proceden en parte de los liposomas persistentes del citoplasma. El núcleo celular pertenece á las gotitas celulares de superficie mielinógena y se halla en intersección constante con el citoplasma.

Acción fisiológica y patológica del radio sobre el ojo.—El Dr. A. Birch Hirschfeld: Estudiaré la acción del radio sobre el globo ocular, particularmente en lo que se refiere á la conjuntiva, córnea y retina. Las alteraciones observadas en las cubiertas y medios del ojo después de la aplicación, más ó menos prolongada, de pequeñas partículas de radio colocadas en contacto ó próximas al globo ocular, demuestran que no podemos esperar, por lo menos actualmente, su utilización en la terapéutica del ojo; en cambio, por sus efectos sobre la conjuntiva (conjuntivitis), sobre la córnea (queratitis ulcerada), sobre la retina (infarto, deformación y vacuolización de las células ganglionares, alteración del núcleo), y sobre el nervio óptico (degeneración de la mielina), podemos considerarla peligrosa.

Sin embargo, se ha intentado emplear el radio en el tratamiento del tracoma, á causa de la acción regresiva manifiesta que ejerce sobre los folículos tracomatosos; por desgracia, esta acción es muy transitoria: al poco

tiempo se reproducen los folículos como antes. Las sesiones de aplicación más largas producirían quizá la curación definitiva, pero exponiendo el órgano de la visión á graves peligros.

Signos, tratamiento y consecuencias de la úlcera benigna del duodeno. — El Dr. M. D'Arcy Power: Las úlceras del duodeno y sus consecuencias no han llamado aún la atención que merecen por su frecuencia y gravedad.

Frecuencia. — Se encuentran en 0'4 por 100 de todas las causas de muerte; las úlceras gástricas se hallan en el 5 por 100 de los casos. La úlcera duodenal es tres veces más frecuente en el hombre que en la mujer, mientras que la gástrica es dos veces más común en la mujer que en el hombre.

Situación. — De 149 casos, la úlcera estaba localizada 123 veces en la primera porción del duodeno, 16 en la segunda y sólo dos en la tercera.

Causas. — Las mismas causas que producen la úlcera gástrica puede ocasionar la duodenal, y ambas afecciones coexisten á menudo. Además, el duodeno está expuesto á ulceraciones de la misma naturaleza que los otros segmentos del intestino, y no son raras en estos órganos las tíficas y tuberculosas.

Los estados sépticos ó piohémicos pueden ir acompañados de estas lesiones; así es que se pueden encontrar en casos de quemaduras, sobre todo cuando van seguidas de una supuración abundante. William Hunter ha demostrado que puede producirse en el perro la ulceración duodenal por inyecciones subcutáneas de tolueno-diamina. Al parecer, hay una relación mal establecida entre la úlcera del duodeno y algunos casos de nefritis intersticial ó epitelial; por otra parte, la infección carbuncosa puede afectar especialmente al duodeno.

Variedades.—Las úlceras del duodeno revisten tres formas clínicas: perforante, hemorrágica y cicatrizante. Cada una de ellas tiene sus signos y tratamiento.

a) *Ulcera perforante.* — Termina de una manera dramática. Se produce en sujetos jóvenes que se consideran con frecuencia como sanos y que no han tenido más que signos poco importantes de dispepsia. La úlcera se perfora sin prodromos y en un momento se encuentra el enfermo en peligro de muerte. Insisto sobre las dificultades del diagnóstico y la necesidad de una intervención inmediata. El pronóstico es muy sombrío, porque más del 50 por 100 de los enfermos sucumben por colapso, por oclusión incompleta de la úlcera ó por error de diagnóstico hasta la aparición de la peritonitis. El diagnóstico se hace con la apendicitis, la neumonía, la úlcera gástrica perforada, la pancreatitis aguda. El pulso, en la mayor parte de los casos, no suministra dato de utilidad; la temperatura es inferior á la normal, á causa del colapso.

b) La *forma hemorrágica* también va acompañada de signos poco típicos, hasta que el enfermo se debilita á causa de la hemorragia brusca, debida á la erosión de uno de los gruesos troncos arteriales situados por fuera del duodeno. La hemorragia puede ser fatal desde el principio. Con más frecuencia el enfermo palidece, pierde el conocimiento sin causa aparente y la hemorragia no se reconoce más que por las hematemesis y por la melena consecutiva. En un caso de este género las hemorragias eran más abundantes cuando el enfermo estaba en el lecho y á dieta, que cuando se dedicaba

á sus ocupaciones de obrero. En este caso la gastro-enterostomía no dió resultado alguno.

c) La *forma no perforante* es sumamente difícil de reconocer en su período activo, pero sus consecuencias son muy evidentes: estrecheces del duodeno, dilatación del estómago, muerte por inanición. Muchos de estos casos son confundidos con cánceres gástricos y no se tratan. Sin embargo, se puede establecer la diferencia entre la estrechez del duodeno y el cáncer; en varios casos he hecho el diagnóstico con gran beneficio para el enfermo. En estos casos, una gastroyeyunostomía posterior fué seguida de grandes resultados, habiendo transformado inválidos en miembros activos de la sociedad, por medio de la operación.

Datos para el estudio de la esplenectomía.—El Dr. Caillaud: La esplenectomía, fácil cuando el bazo es flotante, se hace, por el contrario, muy difícil en los casos bastante numerosos en que el órgano fijo en su cavidad por adherencias ó poca longitud de los ligamentos, no es posible extraerle sin desgarros.

Cuando se presentan estas dificultades, creo que el mejor medio de triunfar de ellas consiste, no en ejercer tracciones sobre el bazo, lo que puede producir hemorragias graves, ni en ligar el pedículo en bloque, como se hace de ordinario, sino en descubrir y ligar después los dos gruesos troncos vasculares (arteria y vena esplénicas) antes de hacer toda otra maniobra sobre el bazo.

Propongo, por lo tanto, la maniobra siguiente:

1.° Después de la incisión ordinaria de la pared, abrir el epiplón gastrocólico lo más cerca posible de la cola del páncreas. Por esta abertura penetrar en la trascavidad de los epiplones. Reconocer el páncreas y su extremidad izquierda.

2.° Coger el ligamento pancreático esplénico que parte de la extremidad izquierda del páncreas y se dirige al hilio del bazo. En este repliegue peritoneal se encuentran los dos vasos: arteria y vena esplénicas. Aplicar dos pinzas sobre estos vasos y cortar entre ambas pinzas. Romper entonces sin temor todas las adherencias que puedan existir en la cara externa del bazo. Llevar este órgano lo más cerca posible de la línea media.- Cortar el contorno de los ligamentos que se insertan en el hilio después de ligar los vasos.

La compresión de las vías respiratorias y la muerte por hipertrofia del timo.—El Dr. Rehn: Se discute siempre la realidad de la muerte causada por hipertrofia del timo. Este problema no podrá ser resuelto definitivamente más que á consecuencia de observaciones clínicas y anatomopatológicas numerosas, por desgracia demasiado raras actualmente. Sin embargo, hay cierto número de hechos bien establecidos.

Es indudable que un timo hipertrofiado que llena más ó menos con sus dos lóbulos el mediastino anterior, puede provocar en él fenómenos de compresión principalmente sobre las vías respiratorias, mas rara vez sobre el corazón y los gruesos vasos. Así lo testifican los resultados de 28 autopsias y las comprobaciones hechas en cinco intervenciones quirúrgicas.

La compresión de las vías respiratorias por el timo hipertrofiado, se produce al parecer principalmente en la inspiración; es decir, en el momento

en que la dilatación de la caja torácica permite á la mayor parte de la glándula descender al mediastino; sin embargo, esta compresión puede producirse en el acto espiratorio cuando existen adherencias que impiden la elevación del timo.

La traqueo-bronquio-estenosis producida por hipertrofia del timo, puede manifestarse por síntomas agudos, que se revelan muchas veces por el espasmo de la glotis, ó producirse de un modo gradual. Por lo demás, los síntomas varían con el grado de estenosis. No es raro ver presentarse accesos de sofocación pasajeros, unas veces benignos, otras alarmantes, en niños en plena salud, á consecuencia de un acceso de cólera, de tos, etc. Se explican por la congestión pasiva brusca de un timo hipertrofiado, cuya existencia se desconocía. He visto sobrevenir esta congestión pasiva en un enfermo al que había tiroidectomizado por bocio; la ligadura de las gruesas venas tiroideas inferiores, ocasionó la estancación sanguínea en el timo, y el enfermo sucumbió rápidamente con fenómenos de asfixia.

El diagnóstico de tranqueo-bronquio estenosis por hipertrofia del timo es con frecuencia difícil. Será preciso pensar en esta complicación, siempre que no haya otras razones para explicar los accesos de sofocación, y sobre todo cuando compruebe la existencia de una tumefacción redonda más ó menos marcada por encima de la horquilla esternal.

Hecho el diagnóstico, es preciso no vacilar en intervenir con urgencia, no por la traqueotomía simple, que es insuficiente, sino por la timectomía, operación fácil, que por lo demás da resultados excelentes. Es el único medio de conjurar los accesos de sofocación futuros y de colocar definitivamente al sujeto al abrigo de todo peligro de muerte.

Los casos de muerte atribuídos á la hipertrofia del timo los clasifico en tres grupos: 1.°, muertes sobrevenidas á causa de fenómemos prodrómicos de estenosis traqueobronquial; 2.°, muertes producidas sin fenómenos prodrómicos en medio de signos manifiestos de asfixia; 3.°, muertes fulminantes ó sobrevenidas sin observación. Considero los casos incluídos en los dos primeros grupos como atribuibles con seguridad á una compresión por el timo. Los del tercer grupo son discutibles, porque es imposible afirmar que se trata en dichos casos de muerte por asfixia brusca, más bien que por crisis cardíaca ó por cualquier otra causa.

Datos para el tratamiento de los cuerpos extraños del esófago. — El doctor Suárez de Mendoza: Mi procedimiento de extracción de los cuerpos extraños del esófago, que ha sido objeto de una comunicación á la Academia de Medicina y á la Sociedad de Cirugía de París, consiste, cuando un cuerpo extraño no puede extraerse con el cesto de Græfe ó el gancho de Kirmisson, en dilatar lo más posible el esófago inmediatamente por delante del cuerpo extraño por medio de una sonda terminada en un globo pequeño parecido al del dilatador del cuello uterino, después en intentar extraer á la vez el globo, el cuerpo extraño y el instrumento — de Græfe ó de Kirmisson — que engancha este último. — F. Toledo.

(Continuará).

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 11 de Julio de 1906.

Aparato para inspeccionar la uretra posterior. — El Dr. *Goldschmidt* presenta un aparato que se introduce en la uretra fácilmente y sin dolor, y que permite examinar más de 3 centímetros de la uretra posterior, distendida. El paso de líquido á la vejiga se evita por la circunstancia de que el tubo introducido ocupa la uretra por completo.

Fractura de un hueso sesamóideo.—El Dr. *Muskat* presenta un hombre que padece de una fractura de uno de los huesos sesamoides del dedo gordo izquierdo. Dicha fractura fué producida por haber quedado el paciente suspendido por un pié. Clínicamente sólo se comprobó una hinchazón del dedo y sólo el examen radiológico fué el que descubrió la fractura.

Curación de un cancroide con el arsénico. — El Dr. *Lassar* presenta un caso de cancroide pequeño de la cara que se curó con sólo tomar el arsénico al interior por espacio de varias semanas.

La vacunación y el eczema.— El Dr. *Lassar*, con motivo de un caso que presenta de eczema generalizado, hace constar lo conveniente que es aplazar la vacunación en un niño que padece de eczema, hasta que se haya curado éste. Es interesante el hecho de que la vacuna generalizada sólo se observa en las primeras semanas siguientes á la vacunación; después parece que los niños quedan inmunes respecto á ella. Como tratamiento tiene mucha influencia la estancia del niño en un cuarto iluminado con luz roja.

Xeroderma pigmentado.— El Dr. *Lassar* presenta un niño con xeroderma pigmentado. El niño proviene de familia sana. Los numerosos tumores malignos de la piel, cancroides ó sarcomas, que aparecen en esta enfermedad, es conveniente tratarlos con el radio y tocar con el termocauterio las manchas pigmentadas que quedan después.

El Dr. *A. Baginsky* recuerda un caso que presentó hace tiempo de vacuna generalizada de carácter grave en el que no había sido el niño enfermo el vacunado, sino una hermana suya, la cual había contagiado la vacuna á su hermanito.

Tratamiento de las fracturas por el método de Bardenheuer.—El Dr. *Franck* hace ver, presentando para ello una gran serie de figuras, cómo se tratan las diversas fracturas por el método de extensión de Bardenheuer, y presenta varias radiografías que demuestran los excelentes resultados que se obtienen con dicho método. Bardenheuer parte del supuesto de que la mayor parte de las fracturas no se pueden reducir por muy enérgicas que sean las maniobras empleadas con tal objeto, y que la distensión de los fragmentos sólo se consigue por medio de una tracción gradual y constante. La extensión debe practicarse en distintas direcciones. Para las fracturas de la extremidad superior, ha hecho construir Bardenheuer aparatos portátiles, en los que los pesos están sustituídos por la tracción elástica. Las fuerzas que se hacen intervenir tienen que ser muy enérgicas para que puedan vencer la contractura elástica del músculo, que es causa principal de la

dislocación, y los vendajes se deben de colocar de modo que permitan muy pronto los movimientos tanto activos como pasivos.

Influencia de los fenómenos anímicos en la secreción del páncreas.—El doctor *Pewsner* (de Moscou) refiere haber provocado diversas emociones en un perro que tenía una fístula pancreática á lo Pawlow. Para ello, en unos casos le presentaba á la vista alimentos, después de tenerle hambriento, impidiendo al mismo tiempo que pudiera apoderarse de dichos alimentos; otras veces, después de sujetarle previamente, le presentaba un gato para encolerizarle, ó una perra para excitar su instinto sexual, después de haber provocado la secreción pancreática haciéndole ingerir alimentos. Todas estas emociones, excepto el ansia de comer, hicieron disminuir la secreción pancreática.

En otra serie de experimentos ha tratado de precisar el autor la influencia que ejercen las distintas aguas minerales en la secreción del jugo pancreático.

Análisis de la sangre procedente de distintas zonas de la piel.—El doctor *F. Nagelschmidt* refiere el resultado de los análisis de sangre procedente de distintos focos morbosos de la piel, y compara dichos análisis con los de la sangre extraída de la circulación general. Se ha observado con este motivo que en los focos luposos el número de glóbulos blancos mononucleares está aumentado á expensas de los polinucleares, y que, en cambio, la sangre de la circulación general presenta caracteres enteramente normales en esta clase de enfermos. En los focos de la sífilis terciaria está invertida dicha proporción, puesto que está aumentada la cifra de los elementos polinucleares y está disminuída la de los polinucleares. Estas particularidades podrán ser utilizadas en determinados casos para establecer el diagnóstico diferencial entre el lupus y la sífilis.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

SOCIEDAD MÉDICA DE FILADELFIA

Sesiones de los días 28 de Febrero y 14 de Marzo de 1906.

Incisión modificada para poner al descubierto la apófisis masteides.—El doctor *L. J. Hammond* dijo que la incisión en vez de ser recta ó ligeramente circular, debía ser triangular y principiar á 12 milímetros detrás de la inserción post auricular superior, extendiéndose á través de todos los tejidos hacia atrás y abajo, á lo largo del borde del cabello, hasta un punto situado por debajo de la parte media del borde posterior. Desde este punto la incisión se prolonga hacia arriba y abajo hasta el borde posterior de la fosa digástrica. Haciendo esta incisión se evitan todos los vasos y nervios post auriculares, excepto quizás algunas ramillas occipitales, y aun éstas pueden evitarse si la incisión inferior del triángulo no se extiende demasiado oblicuamente hacia abajo. Esta incisión, además de no lesionar los vasos y nervios, tiene la ventaja de dejar al descubierto una superficie extensa del hueso. Permite también rellenar la cavidad del hueso, separando por com-

pleto el colgajo del borde externo hasta que la infección se contiene gracias al desagüe, y entonces se sutura ó se deja que la herida cure por granulación. El desagüe de la cavidad ósea es perfecto, porque la incisión inferior del triángulo se extiende de arriba á abajo, lo cual permite desaguar toda la superficie mastoidea. El colgajo tiene la misma forma que la apófisis mastoidea, y cuando se cree conveniente aplicarlo inmediatamente después de la operación, queda en contacto directo con la cavidad ósea y favorece así la formación rápida de dermis.

Chancre extragenital y uretral.—El Dr. *F. Crozer Knowles* refirió cinco casos de este género. En dos las lesiones estaban localizadas en el labio inferior, á la izquierda de la línea media; en el tercero el chancro ocupaba la base de la cara dorsal del dedo índice derecho; en el cuarto, era uretral y se hallaba á 37 milímetros detrás del meato; en el quinto, existían lesiones extragenitales múltiples en las mamas. En todos estos casos la erupción confirmó el diagnóstico.

El Dr. *J. F. Schamberg* dijo que los chancros extragenitales son frecuentes y de diagnóstico difícil. Entre otros observados el año anterior, recuerda uno desarrollado en el mentón de una muchacha. Dados los antecedentes de la enferma, cree que adquirió la lesión inocentemente.

El Dr. *H. M. Christian* señaló la frecuencia del chancro extragenital y la necesidad de someter á una vigilancia rigurosa á los sifilíticos para evitar que propaguen la sífilis.

El Dr. *A. E. Rousel* manifestó que los chancros extragenitales son hoy más frecuentes que antes, lo que atribuye á que en las casas de lenocinio, las prostitutas se entregan á ciertas prácticas relativamente desconocidas hace algunos años.

El Dr. *Knowles* dijo que en Rusia, el chancro de la amígdala es frecuente entre las clases pobres, lo que atribuye á que en muchas casas hay sólo una cuchara, con la que comen todos sin lavarla.

Eczema ocular infantil. — El Dr. *F. Krauss* dijo que el eczema ocular infantil es una afección que se manifiesta como una enfermedad inflamatoria, catarral, aguda ó crónica de la piel de los párpados ó de la conjuntiva, y á veces de la córnea. Se halla caracterizada al principio por eritema, pápulas, vesículas ó pústulas, ó por la combinación de estas lesiones con infiltración y engrosamiento variable. De los niños asistidos en el Hospital de San Cristóbal, 821 de los que acudieron á la clínica oftalmológica, ó sea el 21 por 100, padecían eczema ocular. Este eczema es más común en el segundo año de la vida, y después disminuye su frecuencia; el enfermo más viejo que acudió con eczema ocular á dicha clínica tenía dieciseis años. La enfermedad predomina durante los meses de mayo, junio y abril, en el orden indicado. El estafilococo se encuentra con mucha frecuencia en las lesiones eczematosas.

Los síntomas son los del eczema complicados con conjuntivitis catarral y flictenosa y con queratitis. No es raro encontrar eczema en otras regiones del cuerpo.

El pronóstico del eczema ocular infantil es benigno siempre que se emplee el tratamiento pronto y con energía. Cuando la ulceración se hace profunda, y en particular si sobreviene la perforación, el pronóstico en lo

referente á la vista se agrava. Sobreviene casi siempre el estafiloma de la córnea y si la perforación ha sido extensa el iris suele adherirse á la superficie posterior de la córnea. Estos casos graves son debidos probablemente á alguna infección bactérica adicional. Cuando menos profunda es la ulceración de la córnea, con más rapidez desaparecen las opacidades. Una consecuencia muy frecuente es el astigmatismo irregular, difícil de remediar en muchos casos, y cuya persistencia origina una blefaritis marginal, crónica y grave. Las recidivas son frecuentes si no se continúa el tratamiento después de curado el enfermo.

El tratamiento de esta variedad de eczema es importante y se divide en tres clases: 1.°, higiénico; 2.°, medicinal; y 3.°, tópico.

El primero consiste en aire puro, alimentación tónica y sana, baños salinos frecuentes, y en los casos graves en la quietud en el lecho.

Como tratamiento medicinal, se usarán los tónicos y los alterantes. Si hay estreñimiento, están indicados los calomelanos á pequeñas dosis. La fórmula siguiente es utilísima, porque obra como tónico y alterante:

Jarabe de yoduro ferroso	16	gramos.
— de ácido yodihídrico	30	—
— de hipofosfitos (simple ó compuesto según el caso)	45	—

Una cucharadita en agua antes de las comidas.

En los enfermos escrofulosos ó sifilíticos es útil el jarabe de ácido yodihídrico. En algunos casos el arsénico á pequeñas dosis obra casi como un específico. En los niños débiles son útiles las fricciones generales con aceite de hígado de bacalao.

Es preciso tratar el eczema de otras partes del cuerpo, en particular de las fosas nasales, que va acompañado de flujo purulento. Contra este eczema son utilísimos un lavatorio alcalino y la pomada de ácido bórico.

Como tratamiento local, en los casos de eczema benigno de la conjuntiva, basta un lavatorio simple con ácido bórico, al que puede agregarse una cantidad pequeña de cocaína y adrenalina si hay prurito ó congestión.

Acido bórico	15	decígramos
Clorhidrato de cocaína	3	—
Disolución de adrenalina al 1 por 1.000	4	gramos.
Agua destilada	60	—

Se instilan en el ojo 5 gotas, tres veces por día.

Cuando está interesada la córnea, aunque sea en su periferia, conviene inmovilizar el cuerpo ciliar por medio de un midriásico, de preferencia la atropina. Las flictenas desaparecen con rapidez introduciendo por la noche entre los párpados una cantidad pequeña de pomada de óxido amarillo de mercurio (óxido amarillo de mercurio 6 centígramos, petróleo 8 gramos). No debe emplearse este medio al principio de la enfermedad, cuando la lesión de la córnea ha llegado á las capas profundas ó cuando el ojo se irrita con facilidad. Es utilísimo una vez que se ulcera el vértice de las flictenas. El enfermo debe usar lentes negras á causa de la fotofobia.

Después que pasa el período agudo son útiles las insuflaciones de calo-

melanos ó de yodoformo en la úlcera; el Dr. Krauss prefiere los calomelanos.

En el eczema de la córnea, cuando la tumefacción de la conjuntiva ó el derrame son ligeros, es útil un vendaje que evite el roce de los párpados. La inyección subconjuntival de la disolución salina normal no es al parecer muy útil, excepto en los casos traumáticos.

Para la desaparición de la cicatriz que queda al curar las lesiones eczematosas, son útiles las disoluciones de clorhidrato de étilmorfina al 4 ó 15 por 100. Debe procurarse que haya desaparecido todo rastro de inflamación ó de irritación antes de emplear las disoluciones concentradas de este preparado, porque algunas recidivas fueron según parece debidas á esta causa. En ciertos casos es preciso cauterizar la úlcera con el termocauterio, la tintura de yodo ó el ácido fénico. Las compresas calientes ó frías son de gran utilidad, las últimas en los primeros períodos del eczema de la córnea, mientras que las primeras favorecen la absorción de las masas linfáticas ó flictenosas.

En el eczema de los labios y de los carrillos ha obtenido el Dr. Krauss grandes resultados con la preparación siguiente:

Acido bórico	1 gramo.
Petróleo	15 á 30 gramos.

Uso tópico.

Los calomelanos espolvoreados sobre las úlceras obran á veces como específicos.

Polineuritis alcohólica. — El Dr. *C. W. Burr* dijo que la polineuritis alcohólica puede dividirse en aguda y crónica. Esta es más frecuente en los bebedores de edad media y á veces sólo se revela por dolor muscular. En otros casos hay más ó menos parálisis, sobre todo de los músculos tibiales anteriores. En ocasiones se observa pseudo-ataxia, pero no trastornos tróficos articulares. Es difícil á veces distinguir esta forma de neuralgia de la ataxia locomotriz. Citó después 10 casos de polineuritis alcohólica aguda en los que los factores causales fueron la sífilis, el puerperio y el plomo. En un caso una neumonía intercurrente recrudeció el dolor y la parálisis. Hablando del estado mental en la polineuritis aguda dijo, que en 1791, Lettsom describió con toda exactitud el estado que se designa hoy con el nombre de psicosis de Korsakoff. En casi todos los casos agudos hay trastornos mentales. En ocasiones se observa sólo impresionabilidad ó histerismo acentuado. En otros existe el síndrome tan conocido de pérdida de la memoria, relación de cosas que no han ocurrido y falta de apreciación de los sucesos.

Tratamiento de la artritis deformante por los rayos X.—El Dr. *J. N. Anders* leyó un trabajo escrito en colaboración con los Dres. Judson Daland y G. E. Pfahler. Han tratado por dicho medio dos casos de artritis deformante, observando modificaciones articulares de importancia. Aconsejan, además de la exposición á los rayos X, el amasamiento y los movimientos pasivos; estos últimos medios son útiles, porque los rayos X aumentan el metabolismo articular, y el amasamiento favorece la absorción del exuda-

do. El dolor, la rigidez y la tumefacción de las articulaciones desaparece, y la radiografía revela una mejoría positiva de los tejidos articulares.

El Dr. *Jundson Daland* dijo que á poco de estar sometido á la acción de los rayos X el enfermo puede andar sin muletas, y nota una gran mejoría respecto al dolor. Este método es muy instructivo porque los rayos X permiten estudiar la patología de la articulación en vida. Cree que gracias á dicho método podrán clasificarse mejor las afecciones articulares crónicas, consideradas hasta ahora como reumáticas.

Tuberculides.—El Dr. *M. B. Hartzell* dijo que los progresos en dermatología han hecho abandonar algunos de los nombres antiguos é impropios por otros más de acuerdo con las ideas modernas, respecto á la etiología y patología de la tuberculosis cutánea. En 1896 Darier propuso dar el nombre de tuberculides á una serie de dermatosis asociadas con la tuberculosis, y después Hallopeau designó con este nombre todas las afecciones cutáneas tuberculosas, dividiéndolas en dos grupos, tuberculides bacilares y toxituberculides. La afección á la que Darier dió por vez primera el nombre de tuberculide, se asigna hoy con el de tuberculide papulonecrósica, y está caracterizada por una erupción de nódulos lívidos en las orejas, cara dorsal de las manos, codos, rodillas y piés. Estos nódulos se necrosan en su centro y dejan cicatrices deprimidas como las de la viruela.

(*New York Med. Journal*).—F. Toledo.

PERIÓDICOS

El microorganismo del beri-beri.—El Dr. J. Tsuzuki, médico militar japonés, pretende haber descubierto el microorganismo del beri-beri. Es un diplococo que mide de 0'4 á 0'8 μ, compuesto generalmente de dos globulillos, unidos íntimamente, á veces de un sólo corpúsculo ó de una cadena de tres ó cuatro cuerpos. Se tiñe con los colores de anilina y por el Gram. Este diplococo inyectado á los conejos y conejillos de Indias, produce en dichos animales todos los síntomas del beri-beri y las lesiones anatómicas características de esta enfermedad. Le ha dado el nombre de beri-beri coco, y lo ha encontrado en los excrementos de los que padecen el beri-beri, pero no ha conseguido descubrirle en la sangre. Cree el Dr. Tsuzuki que este microorganismo existe en los conductos intestinales y que la toxina específica que segrega ataca á las células nerviosas y produce los síntomas característicos del beri-beri.

(*Medical News*, 11 agosto 1906).—F. Toledo.

Acción del radio sobre el virus rábico.—De los experimentos hechos por los Dres. Tizzoni y Bongivan resulta que el radio destruye en muy poco tiempo el virus lísico *in vitro* y á la temperatura ordinaria.

Además de esto, si se someten á la acción del radio conejos inoculados con el virus por la vía ocular intracerebral ó por el ciático, se observa la misma acción. Con ocho sesiones diarias de aplicación de los rayos del ra-

dio al ojo inoculado, se salvan los animales respectivos, en tanto que se mueren los animales testigos. El resultado es el mismo cuando la inoculación se hizo en el cerebro ó en el ciático.

Por ahora no se puede decir cuánto tiempo habrá de dudar la inmunización alcanzada con dicho medio.—(*Riformà Medica*).—R. del Valle.

Acción del radio en ginecología. — Los Dres. Oudin y Verchere se han ocupado de este asunto en la Academia de Ciencias de París. El radio se emplea de la manera siguiente: Se introducen 2 centígramos de bromuro de radio puro en un tubo de cristal, el que se coloca en una sonda de aluminio, la cual se deja aplicada en la cavidad uterina durante diez á quince minutos. Han usado este tratamiento en dos enfermas con fibromas uterinos hemorrágicos graves de algunos meses de antigüedad. La hemorragia se contuvo por completo en poco tiempo, disminuyendo de volumen los fibromas. Se ha empleado, á causa de su acción microbicida, en metritis catarrales antiguas, obteniéndose en poco tiempo la curación rápida y completa. En las infecciones blenorrágicas de la uretra se han conseguido con este tratamiento mejorías notables.

(*Le Progrès Medical*). — F. Toledo.

Diagnóstico diferencial del reumatismo y la gota por medio de los rayos Röntgen.—Como quiera que es frecuente la coexistencia de los tofos gotosos y de las deformaciones reumáticas de las extremidades en un mismo enfermo, los Dres. Courtois-Suffit y Beaufumé han ideado emplear los rayos Röntgen para distinguir ambas clases de lesiones, habiendo comprobado de este modo que, mientras que los tofos y los depósitos de uratos en las articulaciones y en los huesos aparecen transparentes á dichos rayos, las lesiones propias de la artritis deformante se observan perfectamente por este medio á causa de no dejarse atravesar por los rayos mencionados.

(*Gaz. des Hôpitaux*).—R. del Valle.

Cáncer uterino curado por el radio. — El Dr. Schucking ha ensayado el radio en un caso de cáncer uterino inoperable. Aplicó contra la masa cancerosa dos cápsulas, que contenían respectivamente 1 y 2 milígramos de radio, sosteniéndolas con gasa que se renovaba diariamente variando el sitio de las cápsulas. A las cinco semanas de aplicación continua toda la superficie de la neoplasia cancerosa estaba destruída en varios centímetros de profundidad. En el borde del tumor aparecía tejido normal y en una gran extensión granulaciones sanas. El derrame purulento había desaparecido. Seis á nueve días después de suspenderse la aplicación del radio, la superficie que ocupaba el tumor había cicatrizado. El resultado fué mucho mejor que el que podía haberse obtenido con el cauterio ó la cucharilla. El microscopio demostró la destrucción de los vasos sanguíneos y la proliferación de células epiteliales. Este caso prueba los efectos benignos del radio aplicado durante mucho tiempo y á dosis pequeñísimas.

(*The Therapeutic Gazette*, 15 junio 1906).— F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

EL FLUIDO VITAL

POR EL DOCTOR

D. ANTONIO GOTA

Exmédico numerario, por oposición, de la Beneficencia Provincial de Zaragoza.

Hace más de 2.400 años que los orientales practicaban el magnetismo como una devoción religiosa, en cuyas experiencias creían unirse con la divinidad.

El sistema usado en aquella época consistía en darse *pases* los iniciados del templo unos á otros, ejercicio que hoy emplean los magnetizadores de profesión, los yodjis del Thibet, los fakires del Indostán y los beni-aisuas de Berbería, para sumir en el sueño provocado á aquellos en quienes experimentan.

Otras veces llevaban á cabo los orientales sus prácticas, fijando su vista por espacio de cierto tiempo en la raíz de la nariz, del mismo modo que en la actualidad hipnotizamos á un sujeto con la fijeza de la mirada en un objeto brillante.

Resulta, pues, que por ambos procedimientos lograban los antiguos habitantes de Oriente el mismo resultado, el sueño artificial, como se sume hoy á la persona en el estado sómnico, por las prácticas magnéticas ó hipnóticas.

Cuando Mahomed II tomaba á Constantinopla, redujo á cenizas gran parte de la ciudad, y la acción devoradora de las llamas alcanzó á sus hermosas bibliotecas. Multitud de bizantinos se refugiaron en la hospitalaria Italia, donde vendieron las obras que habían rescatado, y cuyas materias eran poco menos que desconocidas en Occidente.

Un bizantino llamado Eliphas vendió, entre otros, un libro del arquitecto Hierón, sabio alejandrino, en cuya obra, intitulada los

Autómatas y Neumáticos, se ocupaba preferentemente de lo que él entendía por *fuerza magnética*.

En los comienzos del siglo XII, en Francia, en Italia y Alemania, rivalizaban las mejores inteligencias por asociar su nombre al de un sabio antiguo, que traducían al latín, lengua universal por entonces. De este número era el joven Johan de Poen, que á los veinticuatro años desempeñaba la cátedra de matemáticas de París, y escribió una obra sobre la *óptica* y *catóptrica* de Euclides. En ésta demostraba cómo ciertos hechos reputados por el vulgo por milagros, podían explicarse por la ciencia hasta aquella época conocida.

A mediados del siglo XVIII, llama Mesmer la atención de los centros docentes y academias, sobre su famoso *fluido magnético*, cuya principal propiedad era la de sumir en el sueño al sujeto sometido á él.

Rechaza James Braid, en 1842, la idea del fluido, como todos sabemos, en vista del éxito alcanzado mediante la fijeza de la mirada; y se atreve á calificar el fenómeno sómnico de naturaleza subjetiva, como resumen á todas sus experiencias.

Como no concordaban las opiniones corrientes de aquel tiempo con la hipótesis del magnetismo animal, cayó ésta en el mayor descrédito.

Todavía subsiste hoy la teoría de Braid, al menos en lo que respecta á la mayoría del elemento oficial. El estrabismo convergente determinaría por cansancio de las neuronas el sueño artificial, favorecido éste por el completo aislamiento de la persona de cuanto le rodea. Estado especial el del sueño provocado, propicio á toda clase de sugestiones.

Dos escuelas opuestas todavía representan el mundo de los sabios: la de Nancy y la de la Salpetrière. Ninguna de las dos se entienden acerca de los fenómenos hipnomagnéticos. La primera, representada por el malogrado Liebault y defendida actualmente por Bernheim, no ve en éstos más que sugestiones; y la segunda, iniciada por el ilustre Charcot y sostenida por varios profesores, cree en una perturbación nerviosa ó cerebral.

Vertidos estos conceptos, veamos si existen fundados motivos para admitir ó desechar la teoría del llamado *fluido vital* ó de la fuerza magnética, después que procedamos al estudio detenido de recientes experiencias, dirigidas por psicólogos distinguidos, y después de los relatos oídos á personas ajenas á la biología, pero que aseguran haberlas presenciado.

Los magnetizadores de todas las épocas, los psicólogos experimentadores, algunos hipnotistas, los amateurs, los profesionales, y un número no escaso de profesores modernos, entre los que se hallan Wilton, Joire, Baraduc, Lupi y Watenville, están conformes en adoptar la existencia de un *algo* que se desprende del organismo del operador ó del sujeto, en el momento de verificarse los fenómenos hipnóticos ó magnéticos. Este algo no sería otra cosa para dichos profesores que el *fluido vital*. Parece ser propio éste de todos los seres vivos y susceptible de comunicarse por la voluntad á nuestros semejantes. El modo de esta comunicación debe ser: ora aplicando el magnetizador las manos sobre el individuo, objeto de sus especiales prácticas y ejecutando con ellas ciertos movimientos rápidos llamados *pases*; ó bien por las maniobras hipnóticas acostumbradas.

Se ha convenido en llamar *sensitivos* á aquellos sujetos que se distinguen por una hiperestesia sensorial extraordinaria, circunstancia por la cual perciben muchos de ellos distintamente los *efluvios humanos*, el *fluido vital*, y que aseguran proyectarse fuera del cuerpo del que magnetiza, del que hipnotiza ó de otro sensitivo. Si les preguntamos hallándose en sonambulismo lúcido, nos dirán que salen de las manos, de los dedos, de la boca y de los ojos de éstos *efluvios coloreados* ó rayos encendidos. Hecho singular que había escapado hasta ahora á toda comprobación oficial.

La emergencia de los *efluvios* en unos casos suele ser enorme, y en otros débil ó imperceptible, según los mismos sensitivos.

Los efectos del *fluido* varían según las circunstancias del sujeto en quien se opera y el medio en que se llevan á cabo las experiencias. Son dichos efectos: calor suave, somnolencia ó sueño profundo, *transe*, éxtasis, insensibilidad en unas zonas é hiperestesia en otras, letargia, estado de relación, etc., por parte del sujeto; y hormigueo en los dedos y manos, una especie de corriente que siente escaparse el operador de su cuerpo, é inmediata fatiga á las referidas prácticas que él mismo experimenta.

Si las maniobras ejercidas durante las sesiones producen cierta laxitud en los magnetizadores y aun en ciertos hipnotistas; si se han comprobado sensaciones extrañas y puesto en evidencia las variaciones del poder de éstos; si vénse obligados á renunciar á toda intervención con una persona, por el estado del tiempo ó de su salud, ¿cómo nos explicamos el mecanismo de todo ello, sin admitir en el profesor ó en algunos sensitivos, un *algo* en diversos estados de desarrollo, cualquiera que sea su naturaleza, en virtud del cual ten-

drían lugar los fenómenos transcendentes que van á ocuparnos?

Para una porción de observadores, no sería el fluido más que los efluvios eléctricos de que en 1762 se ocupaba el jesuíta alemán Von Hellz; ó el mismo fluido magnético de Mesmer; ó la Fuerza Od de Reichembach, que en 1848 había éste apreciado en Viena en una sujeto, y comprobado después en otras más.

El *fluido vital*, en el supuesto de que las fuerzas de la naturaleza se reduzcan á una sola, según las modernas teorías de la Ciencia, debe ser la manifestación genuína de esa fuerza humanizada, llámese magnética, eléctrica ú ódica, que no debería á ésta dicho fluido sus particulares propiedades, sino al terreno vital que le serviría de base.

El efluvio magnético de Yodko, Ganmaro, Albert de Rochas, Barety y Bofiero es el tan debatido *fluido vital*. Efluvio que éstos han analizado y estudiado, así como sus recíprocas acciones con las fuerzas naturales, y que poseería para el Dr. Sourbled, catedrático de Filosofía de París, y para otros profesores, la nueva propiedad de los cuerpos radio-activos (1). Pero por encima de estos nombres, con justicia celebrados, hay otro más grande y más ilustre que se añade á la lista de los partidarios del *fluido*. Es éste el del sabio William Crookes. Sus trabajos sobre el oro, su invención del heliómetro y el radiómetro, sus especiales experiencias acerca de la espectroscopia y sus descubrimientos del thalio y la materia radiante, nos permiten augurar felices éxitos en los estudios experimentales sobre el *efluvio néurico*, á que el eximio Presidente de la Real Sociedad de Londres se consagra.

***

Cuantas personas se ocupan de Psicología experimental, saben que M. de Reichembach, ese químico famoso que descubrió la parafina y la creosota, había publicado en su tiempo el resultado de sus observaciones acerca de los dinámidos del magnetismo, de la electricidad, del calor, de la cristalización y de la afinidad química.

Las especiales denominaciones que daba el descubridor de la nueva fuerza — que en aquel tiempo fué objeto de conmiseración y de burlas por parte de los científicos oficiales — dependían de las fuentes de que procedía. Así, por ejemplo, llamaba Cristalód á la ener-

(1) Léanse: Fenómenos de Elster y Geite y radiaciones humanas. Tommasina. Génova, 1905, y Comprobación de la existencia de los rayos N con el aparato de Hoga y su semejanza con el fluido humano. Delme Wind. Utrecht, 1906, Enero.

gía que derivaba de los cristales, Biód á la procedente de los seres vivos, Termód á la originada por el calor, Fotód á la de la luz, etc.

Reichembach aseguraba en su tiempo — como en la actualidad confirman una porción de investigadores—que ciertas sonámbulas lúcidas percibían sobre los polos de un potente imán, una tenue luz de color rojizo en el positivo y violeta en el negativo (1).

El sabio director de la Escuela Politécnica de París, M. Albert de Rochas, escribe en 1891 una obra *Les Fluides des magnetisseurs*, donde detalla minuciosamente los mismos hechos que había descrito el químico austriaco cincuenta y siete años antes.

La objetividad de los efluvios coloreados indicadores de una de las formas de la energía ódica en los cristales, ha podido comprobar con una sensitiva este último, en unión del profesor matemático Watenville. En un grueso cristal de espato de Islandia, la coloración era rojiza en la mitad derecha del sentido longitudinal del prisma con relación al plano anterior de la vidente y violeta en la mitad izquierda. Con tabletas prismáticas de sulfato cálcico, lograron resultados idénticos. Y no sólo observaron tal propiedad en los cristales, sino que confirmaron asimismo en el hombre dicha cualidad, porque la mitad derecha del cuerpo de algunos sujetos emitía efluvios rojos, visibles para la citada sensitiva, y violeta la izquierda.

En el achimenes, gardenia y otras plantas en su zona floral, hánse comprobado efluvios.

El cuerpo humano es muy sensible al magnetismo terrestre. La orientación del lecho en algunos sensitivos tiene su importancia. Si están acostados en la dirección N. S., es decir, con la cabeza hacia el Norte y los piés al Sud, tienen sueño tranquilo. Si es S. N. la orientación, sufren pertinaz insomnio, pesadillas, cefalalgia y un malestar general. Las posiciones E. O. y O. E. suelen ocasionarles vahidos, tendencias sincopales, vómitos y crísis histero-epilépticas.

Muchos histéricos y neurósicos—sujetos sobrecargados de fluido—que se quejan en cuanto penetran en ciertas iglesias, es debido á que la mayor parte de estos edificios se hallan orientados en la dirección E. O.

Existen personas que durante la vigilia atraen la aguja imantada por su polo austral y la repelen por su polo boreal; y en el sonambulismo provocado, las atracciones y repulsiones son mucho más acentuadas.

(1) Phenomenes ódiques et radiations nouvelles. Jules Regnault, página 114, 1905, París.

La susodicha facultad de ver determinados individuos los efluvios humanos, fué reseñada en 1846 por Arago. Descrita en 1848 por Pinau en una sonámbula. Confirmada en 1859 por Bailly y otra vez en en 1864 en su memoria presentada á la Academia de Ciencias de París, en la que sostenía la existencia de una fuerza desconocida en el hombre. Puesta en evidencia en 1879 por Barety. Comprobada en 1881 por M. Louys en un trabajo acerca de la visibilidad directa de las radiaciones cerebrales. Definida por Albert de Rochas en 1890 en su libro *Exteriorisation de la Sensibilité*, que tanto llamó la atención. En 1895, el Dr. Karl du Prel describía en su famosa obra *Der Magnetismus als Naturewissenschaft*, esa propiedad en ciertos sujetos puestos en el estado de relación. La misma idea manifestaba el director de la Escuela Normal de Maestros, profesor Broguiard, de Berna, en 1899, después de sus notables estudios experimentales. M. Charles Ferez, en 1900, en su artículo *Aureoles neuropathiques* de la *Revue de Medecine* del 10 de abril, mantiene su particular opinión sobre la percepción distinta de los efluvios. En *l'Action du fluide des fakirs sur les vegetaux* del *Bulletin de l'Institut Generale Psichologique* de marzo de 1904, el profesor Marcel Depinay hace lo propio. Y en *Les efluves ódiques* de la *Revue Scientifique* del 20 de junio de 1905, sustenta la misma creencia que sus predecesores el Dr. Hypolyte Baraduc.

***

Alrededor de cada hombre, como alrededor de cada imán, existe para ciertos experimentadores un campo magnético, especie de atmósfera nerviosa que llevaría consigo aquél por todas partes. Cada sujeto sería en tal caso influído por otro sujeto, por los imanes ó por otras substancias, modificándose de este modo su campo magnético.

Los efectos de la electricidad atmosférica en ciertos sensitivos manifestados bajo la forma ordinaria del rayo ó de la de bolas de fuego, no solamente demuestran — al decir de los observadores citados — la realidad del fluido humano, sino también la existencia del campo magnético, en el cual influiría el meteoro. Los fenómenos descritos á continuación deben tener sin duda una gran semejanza con determinadas propiedades para el hombre por ahora desconocidas del referido *fluido*. En efecto: en octubre de 1882, Mons. Felice de Marrocordato tuvo que refugiarse en Para, término de Perugia, sorprendido por una formidable tempestad. Bruscamente apareció en la estancia de la posada donde este señor se había albergado, un

globo de fuego del tamaño de una naranja, que se dirigió junto á la mesa en cuyas inmediaciones estaban sentados M. Felice y la familia del mesonero, dando tres completas vueltas el meteoro alrededor del cuerpo de la hija mayor del último, sin tocarle en lo más mínimo ni aun la falda exterior (1). Marchó luego el globo de fuego en dirección á una alta ventana cerrada por la que había entrado por una rendija, y desapareció al fin, produciendo una detonación semejante á un pistoletazo (2).

El hecho citado de las repulsiones, tiene mucho parecido con el fenómeno natural de la propulsión de personas, animales ó cosas, por el rayo y á mayor ó menor distancia.

Es un hecho también curioso la elección de apariencia caprichosa de dicho meteoro por ciertas regiones del cuerpo humano, por determinados sujetos, por algunos animales y aun por varias especies de plantas (3); y si no nos es posible por ahora explicar el mecanismo del hecho, es más que probable que favorezca su realización en la forma referida, el campo magnético de que hablábamos.

A veces se ha dado el caso de haber arrancado el rayo la lengua, orejas, pelo, etc., etc., de varias personas, y en otras no ha causado el menor daño. Influye asimismo el sexo — como está demostrado — en la atracción del meteoro; con más frecuencia son las mujeres atacadas por él que los hombres, y de éstas las histéricas principalmente. La desigual repartición del fluido en ciertas zonas, ó el estar saturados algunos sujetos del mismo, es el motivo, para varios observadores, que da lugar al fenómeno.

El hecho interesante que no pocos psicólogos experimentadores designan con el nombre de sensibilización de la materia, parece evidenciarnos la existencia del *fluido vital* y del campo susodicho.

Veamos algún caso.

Madame Ketti, de Baltimore (4), sensibiliza — sumida en sonambulismo profundo — con su mano el cold-cream contenido en un tarrito de tocador, sin tener la menor conciencia de ello. Cada vez que el magnetizador Mister Edmond Wallier se introduce los dedos en

(1) Joven marcadamente histérica en concepto del médico de la familia Dr. Jacomo Tisoni.

(2) Les Frontieres de la Science. Jules Ramsay, pág. 29, 1900, París.

(3) En el Gran Bosque de Schlewein de Lipe-Demolt, cayeron en veintidós años 287 centellas. Los pinos, catalpas y fresnos, apenas sufrieron daños de importancia; en cambio los arces, y sobre todo las hayas, llevaron la peor parte. Le Foudre par Emile Sextier, pág. 200, 1894, París.

(4) Les Frontieres de la Science. Jules Ivert, pág. 81, 1900, París.

la boca después de haber tocado dicha substancia grasa, experimenta una especial sensación nauseosa la Ketti, hasta que vomita al fin.

Otro caso interesante.

Duerme á Hedy Kaar el profesor Porter, de Liverpool, por los clásicos pases en otro lugar referidos, sentada ésta en un sillón forrado de *peluche* (1). Porter lé ordena sentarse en otro sillón, y al cabo de algunos minutos, clava el doctor un alfiler hasta la cabeza, en el asiento abandonado por la Hedy. Lanza en tal momento ésta un gemido lastimero, y levántase en seguida del sillón en que estaba sentada la vez segunda. Comienza entonces el profesor á pasar la mano lentamente por el asiento abandonado por la Kaar, como si tratara de acariciar á un animal doméstico, y se enrojece la sujeto al principio, algo después se ríe sin poderse contener. Al poco rato se sienta M. Porter en el mismo sillón, y se muestra la Hedy muy molestada. ¿Qué le pasa á usted?, pregunta el profesor á ésta. Usted ya lo sabe, contesta. ¿Pues qué es ello?, le interroga de nuevo el doctor. La Kaar responde: ni soy gato para que usted me acaricie, ni tampoco mueble para que se recueste usted encima de una. A los siete minutos dejaba el sillón de estar sensibilizado.

Otro más.

Consigue el profesor Lauriol, celebrado magnetizador de Londres, sensibilizar con la sujeto Madame Dinard Graetgel una flor de gardenia retenida un buen rato en su mano y en estado de sonambulismo lúcido. Experiencia llevada á cabo en los locales de la Escuela Psicológica, Chelsea Bild-Hall Square 14, ante un buen número de socios (2).

Presentaba la flor una aureola luminosa en el centro que, vista á media luz por todos los concurrentes, ofrecía un aspecto fantástico (3). Las punturas practicadas con un alfiler por Mister Lauriol en los pétalos centrales—capa sensible—fueron perfectamente percibidas por la Dinard dormida. Y ejecutando la misma operación en sus dos brazos, cuando hubo perdido la gardenia su luminosidad, habíanse tornado éstos anestésicos. Observaciones semejantes se practican actualmente en París con la misma sujeto.

(1) Le Congrés de Psychologie á Rome. L'impregnation d'objets par le fluide vital. Vine Haale. Trad. del Worl's Work, par Etienne Jourdan. Dec. 1905, London.

(2) *Revue Generale des Sciences*. Henrri Camel, 30 oct. 1900, París.

(3) Pública experiencia en la que fueron por primera vez vistos los efluvios por todos los concurrentes.

Otro de los fenómenos importantes que confirman la existencia del *fluido* y del campo magnéticos, es el de la transferencia de ciertas afecciones nerviosas, de algunas condiciones mórbidas ó de determinados estados emotivos, de un sujeto á otro y merced á los imanes.

Obtuvo el Dr. Louys (1), en 1883, la transferencia de una neuralgia oftálmica de una joven histérica á otra normal, á beneficio de aquéllos é instantáneamente. El procedimiento fué colocando el imán un buen rato sobre la zona dolorosa de la paciente y en seguida en la región idéntica de la segunda sujeto.

Coloca el profesor Jullien Lepsic (2) un imán grande, en forma de herradura, sobre la cabeza de Anne Pillon, enferma núm. 8 de la sala de Santa Catalina del Hospital Trousseau, que lo adapta por un sistema combinado de correas y tornillos. A las seis horas lo quita de ésta y lo traslada á la cabeza de Benôit-Gudin, joven de aspecto varonil, pero habitualmente anestésico é hipnotizable. Sufría la paciente una intensa y rebelde cefalalgia, además presentaba melancolía, delirio persecutorio y ciertas anomalías del carácter. Todas las aplicaciones del imán fueron seguidas en los primeros momentos de un relativo alivio en la Pillon. En el Gudin apareció algo después fuerte dolor de cabeza. Y un día que M. Lepsic tuvo la idea empírica de dejar el imán más de treinta horas sobre la cabeza de Benôit, las anomalías mentales que presentaba eran en un todo idénticas á las que se habían apreciado en Anne. Hay que advertir que hablaba Benôit, cuando sobre su cabeza mantenía el imán, con ademanes y en tono femeniles, como esta última.

Merced á estas particulares prácticas, son considerados los imanes por varios médicos especialistas como valiosos recursos en el tratamiento de ciertas enfermedades nerviosas, si bien todos ellos convienen en que todavía se ha observado poco sobre el particular, y que á este respecto mucho les queda por hacer. Para el catedrático de New-York, Dr. Graham, sería la energía del imán un agente modificador del estado molecular del fluido humano.

A veces no es el imán el medio transmisor de los estados morbosos de una persona á otra, sino cualquiera substancia. He visto, decía Lafontaine, á una sensitiva sumida en profunda hipnosis, rascarse insistentemente las manos, por sentirse en ellas enormes comezones

(1) Comunication à la Société de Biologie. Séance du 14 novembre 1884. París.

(2) *Revue de Philosophie*. Dr. Lepsic. 1.ere decembre 1902. París.

con motivo del contacto—ignorado por ésta—de la corbata perteneciente á un enfermo de liquen localizado en las manos.

***

La fotografía ha sido otro medio demostrativo de la realidad del *fluido.*

En la *Revue Scientifique* del 28 de octubre de 1905 vienen descritas las experiencias relativas á esta cuestión. M. Poulet, catedrático de Física experimental de la Universidad de Anvers, presentó al Congreso de Radiología de Lieja los resultados obtenidos con dos sensitivas y un sonámbulo (1). Al tratar los clichés un día por el oxalato férrico vió que existían en éstos unos trazos nunca aparecidos, que revelaban sin duda los efluvios proyectados fuera del cuerpo del último. Para asegurarse M. Poulet de que no procedían las marcas de la mala composición del baño revelador, desarrolló al mismo tiempo una buena placa, que resultó transparente después de haberla fijado. Los trazos eran idénticos á los obtenidos fotografiando las descargas eléctricas semi-obscuras.

Los profesores físicos Lassar, de Berlín, Dieffembach, de New-York, y Rossi, de Nápoles, también han logrado, á comienzos de año, fotografiar el *fluido humano.*

Este especial fenómeno de grabarse los efluvios en las placas fotográficas, ¿no tiene cierta semejanza con el hecho de aparecer algunas marcas ó trazos especiales, y aun la imagen de los objetos próximos, en el cuerpo de determinados sujetos heridos por el rayo?

El descubrimiento del radio y del thorio, que emiten radiaciones que pueden ser almacenadas, la comprobación de la existencia de los rayos pesados por Gustave de Lebon estudiando la disgregación de la materia, y la demostración de los rayos N experimentalmente, ha dado motivo á que una buena porción de observadores ilustres estudien, exentos de todo prejuicio, la cuestión tan discutida del *fluido vital.*

M. Mascart, en la sesión celebrada el 15 del pasado enero por la Academia de Ciencias de París, dijo que hallándose la semana anterior en Nancy, pidió á M. Blondlot que hiciera en su presencia algunos experimentos con los rayos N. «No sólo he visto resultados que alejan de mí toda duda acerca de la existencia de los susodichos

(1) Travaux du Congrès International de Radiologie et d'Ionisation, 10-18 septembre 1905. Liége. President., M. H. Kurborn. Secret., E. Gariel. Primière section.

rayos—terminó M. Mascart—sino que quise operar por mí mismo y obtuve una demostración concluyente».

En opinión del eminente profesor M. Guebhard, es el fluido una evidente manifestación de la *fuerza magnética humana*, que posee propiedades radio-activas, y según un fisiólogo de nota, M. d'Ansorval, nuestro organismo emite análogas radiaciones á las del radium, capaces de hacer fluorescentes placas recubiertas de platino-cianuro de bario, sobre las cuales vienen á caer. Al entrar en contracción un músculo aumentan estos rayos en intensidad, lo que prueba que no son extraños al influjo nervioso ó, por decirlo de una vez, al *fluido vital*. Otros experimentadores han comprobado que la actividad nerviosa es inseparable de dichos rayos, merced á otras delicadas experiencias. Todo lo cual nos evidencia que, á pesar de las obstinadas negaciones de una infinidad de sistemáticos profesores, el *fluido vital* va teniendo su puesto en la ciencia.

***

Dedúcese de cuanto antecede, que tanto las antiguas creencias orientales, como las teorías mesmeriana y de Reichembach, como los conceptos emitidos acerca del fluido que acabamos de referir —que son una misma cosa—comienzan á llamar la atención de los hombres independientes, de los espíritus amantes de la crítica seria.

Convenzámonos de que la ciencia de nuestros días ha de dar una demostración cierta é irrefutable, no en muy largo tiempo, del *fluido vital* magnético, neúrico, eléctrico, fuerza od ó como pretenda llamársele.

La tan debatida hipótesis fluídica vuelve hoy á resucitar, va saliendo de su descrédito, y no ha sido antes porque la mayor parte de las gentes siempre tuvieron como ridícula tal opinión y los hombres de ciencia han considerado á las prácticas referidas como entretenimientos de mal gusto.

Dos sabios observadores, MM. Charles Richet y Joseph Maxvell, catedráticos de Medicina de París y Burdeos, respectivamente, han abordado el problema del susodicho fluido, dando un gran paso hacia la solución, acumulando multitud de hechos, comprobados además de ellos por una porción de experimentadores; hechos que les han obligado á asegurar la circulación de una especial corriente en ciertos sujetos, cuando se hallan agitados, de una fuerza empleada en la producción de los mismos, y que describen con toda minuciosidad de detalles.

No sería, pues, un mito ese *algo* á que aludimos, como han venido creyendo la mayoría de los científicos, sino una cosa real, positiva, demostrable.

Como todo lo nuevo asusta, porque echa por tierra teorías queridas y sistemas viejos edificados sobre antiguas creencias, no es extraño que la idea del *fluido vital*, como todos los descubrimientos y las grandes innovaciones, fuera por tanto tiempo desechada; y si únicamente admitiéramos los hechos que concuerdan con las opiniones corrientes, habría que rechazar casi todas las conquistas alcanzadas en el dominio de las ciencias positivas.

Esto es precisamente cuanto ha venido sucediendo respecto del *fluido humano*. Reisembach, como Hellz, como Mesmer y como una infinidad de investigadores, no han recibido durante sus azarosas vidas más que injurias y menosprecios; y sin embargo, unos y otros han contribuído á aumentar el bagaje intelectual del pasado. ¿Qué más habían de hacer éstos que dar á conocer una nueva manifestación de cierta energía ignorada hasta entonces en la naturaleza?

Es la historia de siempre. Cuando se reflexiona sobre las operaciones del pensamiento, con frecuencia maravillosas, que de sí han dado los descubrimientos que han contribuído á cambiar la faz del mundo; cuando se considera la suma del saber condensada y puesta en orden en los libros de estudio, nos hallamos muy cerca de tener un concepto elevado de la humanidad. Pero la mayoría de veces, el concepto que nos vemos precisados á formular de ella es bien miserable. Efectivamente, la misma historia de las ciencias así nos lo dice. Por ésta vemos que el número de inteligencias verdaderamente superiores siempre ha sido muy limitado, que tuvieron que luchar contra las mayores dificultades, y que los representantes de la ciencia oficial de cada siglo han considerado como anticientífico lo que no se acomodaba con sus particulares apreciaciones. Por eso el que descubre la verdad se halla ante la dificultad aplastante de tener que convertir á todos sus adversarios y de hacer tabla rasa con todos los prejuicios.

Probar *de visu* la existencia de los efluvios humanos ó el *fluido vital*, es un acontecimiento de importancia que merece lo señalemos con asombro. Así lo han afirmado — como hemos visto — profesores serios, cuya competencia é integridad científica están por cima de toda sospecha, y otras personas ajenas á la ciencia que no tienen interés ninguno en admitir ó desechar la existencia de ese *fluido*.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. Uso higiénico del agua, por D. Manuel Corral y Mairá. Linares.
II. Contribución al estudio de la tuberculosis, por D. José Verdes Montenegro. Madrid, 1905.
III. La epidemia de viruela en 1903-4, por el Dr. D. José Monmeneu y López Reynoso. Madrid, 1904.

I

Contribuye este trabajo á la utilísima labor emprendida por varios escritores de propagar la higiene publicando Monografías que ya han enriquecido el capítulo de higiene popular, tan provechoso para la cultura general y para sanear al individuo y á la sociedad. Por eso tienen tanta aceptación, por su forma clara y lacónica de exponer asuntos de verdadero interés social.

Esta del Dr. Corral tiene formado ya su juicio estimable el premio que la concedió el Círculo literario de Almería.

Se ocupa del agua, para señalar científicamente su uso higiénico al interior y al exterior, y lo desarrolla en forma de cartilla higiénica muy bien ordenada y en condiciones tales que ilustra y agrada su lectura.

De estos trabajos hace falta que se publiquen con frecuencia, pues el progreso social estriba en la cultura, y sobre todo, en la cultura de la higiene, base de salud de los pueblos y de su bienestar.

Es, pues, digna de la mejor acogida esta publicación del Dr. Corral, á quien felicitamos cordialmente.

II

Al frente del Dispensario antituberculoso de Madrid, el Dr. Verdes Montenegro ha podido formar un conocimiento lo más perfecto posible de esta enfermedad en sus causas, evolución y tratamiento, y por este motivo el trabajo que ahora publica es fiel expresión de sus observaciones personales respecto á las diversas cuestiones que es preciso resolver tratándose de esta enfermedad.

Describe la manera de funcionar el Dispensario antituberculoso

sin omitir detalle, para ocuparse después de la clínica del tuberculoso, estudio basado en mil historias de confirmados ó sospechosos registrados en los libros de dicha Institución.

Estudia la enfermedad en relación con la edad, peso, talla, profesión, sexo, etc., y en sus síntomas precoces y de confirmación de lesión.

Los capítulos que dedica al estudio de la tuberculización y sus condiciones son de una admirable exposición y crítica de las ideas más debatidas hoy en la ciencia. El dedicado á estudiar el mecanismo del contagio y el curso y tratamiento de la enfermedad, es de lo más completo y razonado que se puede apetecer, y da más realce al mérito de este trabajo.

No otra cosa se podía esperar de la competencia del Dr. Verdes Montenegro en esta materia.

III

Este informe, presentado á la Excma. Junta provincial de Sanidad de Madrid por su digno Vicepresidente, constituye un interesante estudio higiénico de cuanto á la necesaria profilaxia de la viruela se refiere.

Todos los trabajos que conocemos del competentísimo y distinguido escritor médico el Dr. Monmeneu, revisten un aspecto de ciencia y oportunidad tal, que su utilidad es bien notoria para la ciencia y para los fines sociales que el autor trata de satisfacer.

Ocúpase en el actual de lo que significa la existencia de la viruela en nuestra sociedad como expresión de falta de cultura y de negligencia censurable, que permite una mortalidad bochornosa en los actuales tiempos y desproporcionada en relación con otros países cultos. Analiza la mortalidad por viruela en varios años, y da á conocer lo que hizo con tanto acierto la Junta provincial de Sanidad de Madrid ante la epidemia de 1903, y cuál fué el resultado de tan acertadas disposiciones, tan perfectamente secundadas por las autoridades y médicos, deduciendo cómo la vacunación fué el medio seguro de librarse del contagio, por la práctica á domicilio y en varios centros, por más que no fué todo lo suficientemente practicada, al punto de no pasar de 65.000 los vacunados y revacunados.

En el defecto de esta práctica en el resto de la población estriba la causa de la persistencia de esta enfermedad endémica ó epidémicamente, pues quedaron sin vacunar más de las dos quintas partes de la población de Madrid.

La declaración obligatoria es la base profiláctica de toda epidemia; y fijo en esta idea, explana la conveniencia de llenar esta práctica con todo rigor, así como la necesidad de hacer obligatoria la práctica de la vacuna y de implantar reformas de higiene al efecto de una amplia profilaxis.

Este informe fué aprobado por unanimidad por la Junta provincial de Sanidad, como era de esperar, en atención á su carácter práctico y científico, y por el Gobierno civil se han dictado disposiciones encaminadas al cumplimiento de cuanto en dicho informe se expresa.

El Dr. Monmeneu merece plácemes y gratitud por su excelente trabajo.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Raspado del útero. Fijación del órgano con la sonda de Deleris.—En el *Boletín oficial del Colegio de Médicos de Cáceres*, publica D. Francisco G. Méndez el caso clínico siguiente, relativo á una enferma que hacía ochos días sufría metrorragias que en nada habían alterado sus ocupaciones ordinarias *por su poca importancia, pero que ya avisaban por ser más grandes.*

Es esta mujer de cuarenta años, de temperamento nervioso, buena constitución, sin antecedentes patológicos y ha tenido siete embarazos llegados á término. Su función menstrual ha sido normal, *excepto el mes anterior que hubo falta.*

Pulso débil y frecuente, ligera lividez del semblante, temperatura normal, con intermitencia, siente dolores en la región lumbosacra, con sensación de dolor y peso poco marcados en la pelvis y periné: por la vulva rezuma sangre roja, que aumenta con los dolores. El tacto vaginal acusa dilatación muy marcada del cuello uterino.

No cabe dudar estarse laborando un aborto, debido quizás á excesos de trabajo cometidos, ayudados por un viaje á caballo, cuando ya existía metrorragia. No siendo en este momento alarmante la hemorragia, aconsejó quietud en la cama y prescribió una poción de ergotina.

Pasó la noche bien, después de echar un embrión que por sus caracteres representa ser de seis á ocho semanas, asegurándole (la familia) al mismo tiempo que el producto de la concepción salió envuelto en una bolsa que enterraron.

A los dos días volvió la hemorragia.

Sospechando pudiera ser causa de la hemorragia la presencia de algún

coágulo en el útero (aparte algún exceso cometido), visto que los dolores expulsivos vuelven á manifestarse, aunque la hemorragia no es alarmante, desde luego se dispuso á efectuar un lavado intrauterino que pueda hacer desaparecer la causa.

Todo dispuesto para el lavado uterino y la enferma en posición, al explorar la vagina, la encuentra llena de coágulos, que extrae con el dedo, ayudado de una irrigación, con la solución de cloruro mercúrico y ácido tártrico al 1 por 2.000, excepto uno voluminoso, que por el tacto se observa es piriforme, resistente, de superficie lisa y muy adherido al reborde del cuello por grueso pedículo.

Con el bivalvo de Cusco, se ve que el *tumor* es de la forma descrita, negruzco y como si estuviera envuelto por fina membrana.

Con el histerómetro le punza, por apenas oponer resistencia al intrumento, convenciéndose se trata de otro coágulo *post membranoso*, y con ello, que la *cosa* no fué expulsada tan completamente como creyó; esto es, que existían restos de caduca, que deteniendo la sangre en su salida á la vagina, habían favorecido la formación de un coágulo *enquistado*.

Así las cosas, y como el estado de la enferma no obligaba terminar la intervención, procedió á la destrucción del coágulo *aprisionado*. Una vez conseguido en su porción vaginal, bien limpia ésta, vió el conducto cervical, taponado por el resto del coágulo que, si continuaba en el útero, y como la hemorragia fuese nula y bueno el estado de la enferma, deja las cosas en tal estado, respetando el tapón natural, confiando á la fuerza expulsiva del útero, que seguía manifestándose, la terminación del tratamiento, no obstante estar preparados para intervenir de nuevo, si la terminación se retardaba ó sobrevenía accidente.

A las diez de la noche, no obstante las seis horas transcurridas desde la intervención, la enferma seguía bien, aunque sin expulsar el *tapón;* pero á las dos de la madrugada la encuentra con malestar general, semblante enrojecido, vista centelleante, pulso muy frecuente y duro, cefalalgia, náuseas, dolor en todo el vientre, que se exacerba al más ligero contacto, meteorismo y 38°,8. Todo fué precedido de escalofríos.

La aplicó un enema abundante (hacía tres días que la enferma no defecaba), grandes compresas de agua fría al vientre y una poción de cafeina y benzoato de sosa, no obstante estar todo dispuesto para si la gravedad aumentaba, terminar la intervención. Procedió á la limpieza completa de la cavidad uterina.

Colocada la enferma en posición pudo observar que, desde la intervención anterior la hemorragia había sido casi nula. Hecha la irrigación antiséptica con el espéculum de Cusco, vió el cuello dilatado y á su través la superficie de *sección* del coágulo, en parte destruído antes, y la fluxión de alguna sangre; pero no ya roja, sino moreno-obscura y muy fluída.

Hace el cateterismo de la cavidad á través del cuerpo extraño, penetrando el instrumento 9 centímetros. A la vez que explora procura disgregar el coágulo, y conseguido en parte con la sonda de Doleris, procede al lavado, no sin antes separar sus ramas todo lo posible, á fin de que, dilatado el cuello, permita el fácil paso de los cuerpos extraños á la vagina.

Como la disgregación con el histerómetro tenía que ser incompleta, y

como con la irrigación se presentaran en el cuello trozos de membranas, ya no había más que echar mano á la cucharilla.

Al retirar la sonda para fijar el útero con la pinza-erina, se le ocurrió probar si lo conseguiría con la sonda.

Para ello, forzó un poco más la separación de sus ramas, notando al hacer pequeñas tracciones del instrumento, que el útero le seguía en sus movimientos de descenso, sin que las ramas cambiaran de posición.

Ante tal resultado, introdujo la cucharilla cortante de Thomas á través del cuello así dilatado, haciendo con gran facilidad y *fijeza absoluta* de la víscera el raspado completo del fondo y caras. Para terminar con los bordes, no tuvo más que después de retirada la cucharilla, cerrar las ramas de la sonda, comunicarla un movimiento de rotación de cuarto de círculo sobre su eje, separarlas de nuevo y con la misma facilidad que antes, terminar el raspado.

Durante la operación, no cesó la irrigación á *media corriente* con la solución de sublimado y ácido tártrico al 1 por 3.000, lo que facilitaba el arrastre á la vagina de los cuerpos extraños, según eran desprendidos por la cucharilla.

Como resultado: A las cuatro horas, todo había entrado en orden: la temperatura descendió á lo normal, desapareciendo el meteorismo y los dolores, acusando la enferma un bienestar absoluto, y por lo tanto, volviendo la alegría á una familia, ya que lo creyó todo perdido y..... sobre todo, la tranquilidad al médico que, por confiar demasiado en las fuerzas naturales, estuvo á punto de perder una enferma.— SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 18 de Julio de 1906.

Amasamiento del corazón. — El Dr. *Mauclaire* se ocupó de este asunto desde el triple punto de vista de sus indicaciones generales (colapso cardíaco anestésico, producido en las intervenciones quirúrgicas sin anestesia, consecutivo á una herida del corazón ó del pericardio, embolia pulmonar, asfixia por colgamiento, muerte aparente de los recién nacidos), de los métodos operatorios empleados y de los resultados obtenidos. La vía infradiafragmática es la que debe seguirse primero, á condición de recurrir en caso de ineficacia á la transdiafragmática, que ha sido el primero en recomendar. Después reseñó los otros métodos empleados para reanimar el corazón: picadura simple ó eléctrica, punción evacuadora de las cavidades derechas, insuflación traqueal y pulmonar, respiración artificial, etc., y por

último, aquellos otros por los que se procura excitar el corazón por las irrigaciones intravasculares ó intracardíacas de suero salino isotónico ó de líquidos irritantes: disolución de adrenalina al 1 por 50.000, sangre venosa oxigenada, etc. Los fisiólogos han obtenido éxitos en los animales con estos métodos, y es de suponer que producirán los mismos resultados en el hombre.

El Dr. *Tuffier* dijo que ha ensayado varias veces, en los casos de síncope clorofórmico, las irrigaciones intravasculares de suero fisiológico y siempre sin éxito alguno.

Aneurisma del tronco tibioperoneo. — El Dr. *Demoulin* leyó un informe sobre un caso comunicado á la Sociedad por el Dr. Legrand. Se trata de un aneurisma poplíteo espontáneo del tamaño de un huevo de gallina; el tumor aneurismático ocupaba el tronco tibioperoneo por debajo del origen de la tibial anterior y cuya extirpación, difícil por las adherencias del saco á los tejidos inmediatos, fué seguida de curación perfecta, sin que resultara el menor trastorno circulatorio en el miembro. El Dr. Demoulin cree que este resultado feliz — tanto más notable si se considera que la extirpación de los aneurismas del tronco tibioperoneo ocasionan casi siempre la gangrena de la pierna — es debido no sólo á la conservación de la tibial anterior, sino también á las anastomosis vasculares formadas entre la recurrente tibial y el círculo arterial peri-articular, que han bastado para asegurar la nutrición de la pantorrilla. La conservación de la tibial anterior no es indispensable para asegurar esta nutrición, según prueba un caso de Juvara. Este cirujano extirpó, en efecto, un aneurisma del tronco tibioperoneo del tamaño de la cabeza de un feto, y aplicó la ligadura inferior por encima del origen de la tibial anterior. A pesar de esto el enfermo curó sin la menor amenaza de gangrena.

Estos dos casos prueban que, en contra de la opinión clásica, la extirpación de los aneurismas del tronco tibioperoneo es una operación que puede ser seguida de éxito, porque existen en la pierna anastomosis vasculares suficientes — unas conocidas é ignoradas otras — para asegurar su nutrición, aunque se aplique una ligadura por encima del sitio en que se bifurca este tronco arterial.

El Dr. *Bazy* manifestó que la extirpación de un aneurisma está tanto más expuesta á ser seguida de gangrena del miembro cuanto más voluminoso es el tumor aneurismático. El volumen considerable de un aneurisma indica, en efecto, que la circulación más allá del tumor es nula ó insignificante por ser muy activa por las colaterales; en estas condiciones las ligaduras del tronco arterial, ocupado por el aneurisma, influye muy poco sobre la nutrición ulterior del miembro.

El Dr. *Arrou* dijo que había confirmado el hecho expuesto por el doctor Bazy en un caso de extirpación de un aneurisma poplíteo voluminoso que había suprimido los latidos en la pedia y en la tibial posterior.

Linitis plástica. — El Dr. *Quénu* presentó dos piezas de gastrectomías, una de ellas casi total, practicadas por linitis plásticas. Los dos operados, un hombre y una mujer, sobrevivieron una veinticuatro y otro treinta y tres meses, y después murieron uno á consecuencia de pleuresía hemorrágica probablemente de naturaleza cancerosa, otra de recidiva local. El examen

histológico de las piezas patológicas reveló la existencia, en zonas, en el espesor de la pared estomacal, engrosada de núcleos de degeneración neoplásica especial, á saber, de elementos epiteliales que habían experimentado la degeneración mucosa. Estos mismos elementos se encontraron en algunos ganglios extirpados al primer enfermo; en la mujer existían además, acá y allá, mezcladas con estos elementos mucosos, células cancerosas de tipo indiferente. Estos dos casos, unidos á otros muchos, prueban la naturaleza cancerosa de la linitis. En el recto se encuentra el mismo tipo de cáncer.

El Dr. *Momprofit* presentó una pieza de linitis plástica, obtenida por gastrectomía y presentada á la Sociedad en 1897. El examen histológico hecho por Pilliet probó que se trataba de un tumor completamente benigno. El operado murió un año después á consecuencia de una recidiva cancerosa local.

Quiste ovárico racemoso.— El Dr. *Richelot* refirió el caso de una mujer joven, la que, á consecuencia de un parto normal, tuvo abultamiento del abdomen, inapetencia y estreñimiento. Después de purgantes y enemas repetidos, el abdomen disminuyó de volumen y pudo descubrirse en el hipogastrio un grueso tumor trilobulado, indudablemente de origen ovárico, pero que no presentaba ni los caracteres ordinarios de los quistes multiloculares ni de los vegetantes. La laparotomía permitió descubrir un tumor formado de quistes serosos, de dimensiones variables, agrupados en racimos y que se implantaban en los anejos izquierdos. Su aspecto era análogo por completo al de los quistes racemosos del ovario, diagnóstico que fué confirmado por el microscopio.

Bala de revólver extraída del cerebro. — El Dr. *Potherat* presentó una bala de revólver extraída del lóbulo frontal izquierdo de un individuo que se disparó un tiro en la sién. Fenómeno curioso; la radiografía reveló la existencia de dos balas: una entre la bóveda craneana y la dura madre, y otra en pleno cerebro, y, sin embargo, el herido afirmó que sólo se había disparado una. En realidad, ésta, al ponerse en contacto con el hueso, se había dividido longitudinalmente en dos fragmentos parecidos, los cuales se extrajeron. El enfermo se halla en vías de curación.

(*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

XV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Celebrado en Lisboa del 19 al 26 de Abril de 1906.

(Continuación).

Tratamientos de los aneurismas.—El Dr. R. Lozano: Mi casuística consta de cinco enfermos que padecían aneurismas en las regiones indicadas por el epígrafe de la comunicación que tengo el honor de presentar al XV Congreso Internacional de Medicina.

En todos ellos se comenzó la operación con el propósito de practicar la *arteriorrafia*, según la técnica concebida y realizada por el profesor Rodolfo

Matas, de Nueva Orleans. Dicha técnica no será aquí descrita para no alargar la comunicación.

De los dos enfermos con aneurismas de la arteria poplítica que fueron operados por medio de la arteriorrafia, el uno cura radicalmente; el otro cura después de haber sufrido la amputación de la pierna, exigida por la gangrena que se presentó en el pié correspondiente á la lesión y como consecuencia inmediata de la intervención quirúrgica.

El primero de estos dos enfermos curó con integridad funcional de la pierna y del pié hasta tal grado, que tres meses después de la operación se dedicaba á su oficio de albañil.

El enfermo con aneurisma de la arteria subclavia curó radicalmente de su aneurisma y adquirió la integridad funcional del brazo.

El enfermo de aneurisma de la arteria aorta abdominal murió ocho horas después de haberse terminado la operación. La causa de la muerte fué el *shok*.

En el aneurisma arteriovenoso de la arteria femoral fué imposible practicar la arteriorrafia, porque en el reconocimiento precesor de la operación no se consiguió distinguir la arteria principal de las múltiples venas que rodeaban el saco aneurismático. Temiendo hacer mala técnica, preferí la extirpación del saco. Este enfermo curó radicalmente y con integridad funcional del miembro enfermo.

De mis cinco enfermos, cuatro han sido tratados por arteriorrafia.

De éstos, dos han curado radicalmente, uno ha curado después de sufrir la amputación de la pierna, y otro ha muerto consecutivamente á la operación.

En cuanto al enfermo que sufrió la amputación, pienso que se pudo haberla evitado respetando la vena poplítea, que fué sacrificada durante el acto operatorio y fué también la causa de la gangrena del pié que se observó en este paciente.

El *shok* que arrebató la vida del enfermo operado en la aorta abdominal, reconoció por causa principal la hemorragia que se presentó durante el acto operatorio. Esta hemorragia aconteció al desgarrarse la arteria, que sufrió de degeneración calcárea, al ser comprimida por la pinza para obtener la hemostasia preventiva.

Conclusiones. — 1.ª La arteriorrafia cura los aneurismas tan radicalmente como la extirpación del saco aneurismático.

2.ª La arteriorrafia está exenta de la mayor parte de las complicaciones post operatorias que acompañan á otros procedimientos empleados para combatir los aneurismas y principalmente la hemorragia.

3.ª La arteriorrafia se puede hacer en todas las regiones orgánicas del cuerpo humano, pero la extirpación no se puede hacer en todas.

4.ª La arteriorrafia es el procedimiento operatorio que más facilita la circulación supletoria colateral, porque todas las maniobras operatorias se hacen dentro del saco.

5.ª La arteriorrafia en la subclavia es de fácil ejecución y la extirpación del saco la creo difícil y peligrosa.

6.ª La arteriorrafia en la subclavia deberá ir precedida de la ligadura de la arteria en el sitio inmediato al saco.

7.ª La arteriorrafia de la poplítea es fácil y no necesita ligadura previa. Deberá siempre respetarse la vena poplítea.

8.ª La arteriorrafia en la aorta abdominal es el único procedimiento capaz de curar radicalmente su aneurisma.

9.ª La extirpación del aneurisma de la aorta abdominal creo que es impracticable. Los demás procedimientos son inseguros y no son radicales.

10. La técnica de la arteriorrafia en este aneurisma debe ser mejorada y construir un aparato en forma de media luna, recubierto de caucho, para hacer la hemostasia preventiva por medio de la compresión entre el aparato y la columna vertebral.

11. La hemostasia preventiva en la aorta por medio de pinzas, degarra la arteria que está degenerada.

12. La ligadura previa es difícil, peligrosa é inutiliza muchas arterias que podrían servir para establecer la circulación colateral.

Un nuevo método de tratamiento de las neuralgias. — El Dr. Bardenheuer: Las neuralgias dependen de una hiperemia venosa cuya causa puede, por lo demás, ser muy variable: intoxicación, arterio-esclerosis, inflamaciones, traumatismos, etc. Los dolores dependen de la estrangulación y de la compresión del nervio por la vaina de los vasos ectasiados que le rodean, hecho que he podido comprobar en todas mis intervenciones. La hiperemia y, por consiguiente, los dolores, se exageran por las contracciones musculares (masticación, mímica). Se deduce que en el tratamiento de las neuralgias rebeldes á los medios médicos no es necesario resecar el nervio, sino aislarle en un trayecto suficiente de la ganga vascular que le aprieta.

En 16 casos de ciáticas rebeldes que he tratado de esta manera he observado 16 curaciones que datan de seis á ocho años; en cinco casos de neuralgias del trigémino he obtenido cinco curaciones desde hace tres á catorce meses. Sólo en uno de estos casos hubo una recidiva por adherencia ulterior del nervio al maxilar inferior fracturado; una nueva operación, que consistió en desprender el nervio, fué seguida de curación, que dura desde hace ocho meses.

Manifestaré, para terminar, que mi procedimiento tiene siempre la ventaja, en caso de ineficacia, que jamás he observado, de poder completarse después por una resección nerviosa ó ganglionar.

Cauterización de las hemorroides.—El Dr. Kojoukaroff: Todos los procedimientos actuales del tratamiento de las hemorroides pueden clasificarse en dos grupos: radicales y paliativos. Los primeros comprenden la cauterización con el termocauterio, la ligadura, la extirpación. Ninguno de ellos está exento de inconvenientes. Es preferible la cauterización, que presenta el mayor número de ventajas y el menor de inconvenientes. Las ventajas son: rapidez de la operación, que se practica sin pérdida de sangre; seguridad de una asepsia relativa; corta duración de la anestesia. Los inconvenientes son: hemorragias y estrecheces secundarias; las primeras pueden evitarse aplicando dos ó tres puntos de sutura sobre las superficies cauterizadas, los últimos son siempre resultado de una técnica defectuosa.

En 10 casos de hemorroides tratadas por la cauterización he obtenido buenos resultados inmediatos y lejanos.

Anastomosis gastro-intestinales é intestino-intestinales.—El Dr. Schloffer: Voy á ocuparme principalmente de la técnica, las indicaciones y los resultados de la gastro-enterostomía.

Respecto á la técnica, soy partidario de la gastro-enterostomía posterior y sólo practico la anterior cuando por razones anatómicas ó me parece impracticable aquélla ó no es posible practicarla en buenas condiciones. Empleo, para hacer la anastomosis gastro-intestinal, unas veces la sutura, pero casi siempre el botón de Murphy; las objeciones teóricas que se han hecho á este aparato tienen menos valor que los buenos resultados prácticos.

En lo que se refiere á las indicaciones de esta operación creo que, no sólo debe practicarse en las estenosis pilóricas benignas y en las malignas en que no está indicada la resección, sino también en la mayor parte de los casos de úlceras del estómago que no están complicadas con estenosis pilórica. Los enfermos obtienen un gran beneficio de este reposo del estómago desde el punto de vista de la cicatrización de la úlcera.

He practicado 119 gastro-enterostomías: 66 en casos de cánceres y 53 para afecciones benignas del estómago. Las 66 intervenciones por cáncer me han dado una mortalidad total de 21 por 100, pero en estos dos últimos años ha disminuído hasta el 7 por 100. En lo que se refiere á las resecciones por cáncer, la mortalidad fué casi del 50 por 100. En las 53 gastro-enterostomías prácticadas por afecciones benignas del estómago (17 anteriores y 36 posteriores, de las cuales 34 se hicieron con el botón de Murphy), he tenido sólo dos muertes. De estos casos 21 eran de estenosis benigna de píloro y 32 de úlceras más ó menos confirmadas.

Los resultados de las anastomosis intestino-intestinales los comparo á los del ano artificial y de exclusión. Soy poco partidario de esta última operación.

El Dr. A. de Vasconcellos: Empleo de preferencia en la gastro-enterostomía el procedimiento de Von Hacker: aplicación de la anastomosis oblícuamente sobre la pared anterior del asa intestinal y sutura en dos planos. Cuando practico la gastro-enterostomía anterior adapto el asa yeyunal al estómago en la dirección del peristaltismo intestinal y rechazo todos los procedimientos de válvulas, de aplastamiento y todos los aparatos.

En lo que se refiere á las anastomosis intestinales, prefiero la entero-anastomosis clásica ó la sección transversal del intestino por encima de la estenosis, con oclusión de los extremos por aplastamiento y anastomosis lateral, según los casos.

El Dr. Doyen: Creo que el procedimiento de las suturas es superior al del botón; es más seguro, y casi tan rápido, cuando se emplea una buena técnica.

Tratamiento de las fracturas por la extensión con pesos ó resortes.—El doctor Bardenheuer: Todas las fracturas de los miembros, incluso las de las falanges, las trato por medio de la extensión con pesos ó aparatos de resorte.

En las fracturas con dislocación de los fragmentos aplico, con ayuda de medios especiales, la extensión en direcciones diferentes, á fin de corregir la dislocación en todos los sentidos, tanto longitudinal como transversal-

mente y en el de la rotación. De esta manera obtengo de un modo seguro una buena reducción y evito toda deformación y callo exuberante.

Cuando no hay dislocación de los fragmentos empleo el mismo tratamiento en este caso para evitar, no sólo la formación de un callo exuberante, sino los dolores y los trastornos tróficos en las articulaciones, y para facilitar los ejercicios de movilización de éstas.

Estos ejercicios se practican, cuando es posible, desde los primeros días.

La aplicación de mis aparatos es algunas veces muy difícil, por ejemplo, en las fracturas de las falanges, de la rótula, del olécranon; sin embargo, es posible con algo de ingenio. En ningún caso he tenido que recurrir á la sutura ósea.

La excelencia de este modo de tratamiento de las fracturas se demuestra por los buenos resultados que he obtenido en varios miles de casos en que le he aplicado; nunca he observado pseudo-artrosis ó hipertrofia del callo.

Cirugía del gran simpático. — El Dr. Th. Jonnesco: Desde el 17 de agosto de 1896, fecha en que practiqué mi primera resección del simpático cervical, he operado 159 casos: 16 resecciones del ganglio cervical superior (*simpaticeptomía superior*), dos de los ganglios superior y medio (*simpaticeptomía subtotal*), y 141 de los tres ganglios cervicales con ó sin el primero torácico (*simpaticeptomía cervical total* ó *cervicotorácica*). En dos casos la resección fué unilateral, en los otros dos bilateral. Por consiguiente, he extirpado 314 simpáticos cervicales sin muerte alguna operatoria, y sin trastorno trófico secundario.

He aquí los resultados terapéuticos según el género de enfermos operados:

Por *bocio exoftálmico* he operado 25 enfermos: 2 resecciones subtotales, 12 cervicales totales y 11 cervicotorácicas. En todos los casos se trataba de enfermedad de Basedow primitiva completa ó incompleta y con frecuencia de formas graves. Esta enfermedad es el triunfo de dicha operación, porque todos mis operados curaron. Todos los trastornos desaparecieron: bocio, exoftalmía, taquicardia y temblor. La única operación racional en estos casos, es la resección cervical total ó la cervicotorácica, que propuse en 1896, y la única que puede destruir los filetes cardíacos del simpático (Fr. Franck).

Para el *glaucoma*, la resección del ganglio cervical superior, que he sido el primero en practicar (30 de octubre de 1897) y que he repetido 14 veces, ha sido muy utilizada por los especialistas. La estadística de Röhmer (de Nancy) comprende 88 operaciones con 61 curaciones ó alivios persistentes, 22 resultados nulos y 5 agravaciones. Es la operación que debe elegirse para el glaucoma simple, el hemorrágico y la hidroftalmía congénita.

Para la *epilepsia* he practicado la resección cervical total en 117 casos. Los resultados terapéuticos son medianos, porque no he obtenido más que 12 curaciones definitivas.

Para la *neuralgia del trigémino* he resecado dos veces el ganglio cervical superior con una curación desde hace cuatro años y seis meses respectivamente.

En un caso de *jaqueca* simple de forma clásica en una muchacha de diez años, la resección cervical total ha producido una curación que dura desde hace seis años.

Sólo una vez he practicado, sin éxito alguno, el *amasamiento del plexo solar* para trastornos dolorosos vagos del abdomen.

Por último, en siete casos he practicado la *resección total y bilateral del simpático sacro* por la vía abdominal para afecciones diversas: ciática rebelde, vaginismo, crisis tabéticas, neuralgias pelvianas, satiriasis, con resultados terapéuticos excelentes.

El Dr. Salazar de Souza: La resección del simpático puede dar resultados, algunas veces, en la epilepsia; pero estos resultados son muy dudosos para que sea posible recomendar la simpaticeptomía más que como un *ultimum refugium* en los casos completamente rebeldes al tratamiento médico.

En la *enfermedad de Basedow* los resultados de la simpaticeptomía son muy superiores á los de la tiroidectomía, excepto en los casos de bocio basedowniano, en los que es preferible esta última operación.

En el *glaucoma*, la resección del simpático da sobre todo buenos resultados en la forma subaguda y crónica, en cuyos casos es preferible á la iridectomía. En el glaucoma hemorrágico los resultados han sido también muy satisfactorios.

En la *neuralgia facial*, las intervenciones sobre el simpático producen siempre buenos resultados terapéuticos, curación definitiva ó atenuación más ó menos acentuada de los dolores.

Por último, en lo que se refiere á las operaciones sobre el plexo sacro y útero ovárico, puede decirse que los resultados que han producido en el vaginismo, ciática, ovarialgias *sine materira*, son favorables por completo.

El Dr. Garé: En el glaucoma la simpaticeptomía dista mucho de tener una acción tan eficaz como se afirma. Axenfeld, por ejemplo, no es partidario de esta operación, y en las clínicas de oftalmología alemanas jamás se practica.

El Dr. Jonnesco: Abadie y Dor, fundándose en numerosas observaciones personales, son muy partidarios de la simpaticeptomía como medio de tratamiento del glaucoma.

Patelogía y terapéutica de la lepra. — El Dr. Unna: Es necesario combatir el excepticismo que existe aún entre muchos médicos respecto á la curabilidad de la lepra. Las curaciones que se han indicado, dicen, no son más que remisiones espontáneas de la afección; indudablemente existen remisiones, pero se distinguen muy bien de las mejorías considerables y de las curaciones completas obtenidas por un tratamiento apropiado. Este tratamiento no debe ser único, sino variar según los casos; á menudo es necesario modificarle en un mismo individuo, porque hay formas de lepra ó más bien leprosos, refractarios en absoluto; pero se observa lo mismo en la sífilis, y porque los diferentes modos de tratamiento mercurial fracasan en ciertos individuos, ¿se puede deducir que la sífilis es incurable? Igual sucede en la lepra. En ésta las dificultades de tratamiento dependen de causas diferentes que son ante todo la hipertrofia y el estado atónico de los tejidos leprosos que impiden á los medicamentos depositados sobre la superficie de la piel, ejercer su acción sobre los bacilos contenidos en la profundidad; es preciso agregar en este caso la obstrucción de las vías linfáticas por los mismos bacilos que impiden de este modo la acción á distan-

cia de los medicamentos. Tenemos á nuestra disposición por fortuna varios medios para vencer estas dificultades.

Poseemos desde hace mucho tiempo, por el empleo del calor, de la compresión y del amasamiento, solos ó combinados, un medio excelente de desprender los bacilos de la lepra de las capas de tejidos que les rodean. El mejor medio de emplear el calor es en forma de «baños de tinta» (sulfato de hierro y tanino) á 30°, que se utiliza con tantos éxitos, sobre todo en las lepras con parestesias extensas ó acompañadas de complicaciones descamativas, tales como la psoriasis. La compresión y el amasamiento deben practicarse con prudencia, si no queremos exponernos á rechazar los bacilos al torrente circulatorio, y producir de este modo una infección generalizada. Así es útil combinar la presión, por ejemplo, en forma de curas compresivas, con la aplicación de substancias bactericidas, como el pirogallol, la crisarobina, etc. El calor y la compresión pueden utilizarse con ventaja en el tratamiento, pasando un hierro caliente sobre las lesiones leprosas previamente cubiertas con varias capas de franela; este tratamiento debe repetirse todos los días durante mucho tiempo. El empleo de temperaturas muy elevadas (termocauterio) debe reservarse para casos especiales.

Por lo demás, se pueden aislar los bacilos de las capas adiposas que les rodean, recurriendo al empleo de los cáusticos alcalinos; éstos están principalmente indicados en la lepra de las mucosas. Pero las cicatrices resultantes producen con facilidad queloides; es verdad que actualmente, por medio de las inyecciones de tiosinamina, tenemos un modo de remediar estos queloides.

Cuando por los diferentes medios citados se ha llegado á «descubrir» los bacilos, es necesario atacarles directamente con substancias bactericidas. En primera línea de dichos medicamentos, figuran los llamados reductores: pirogallol, resorcina, ácido fénico, crisarobina, azufre é ictiol. En la mayor parte de los casos se emplea el pirogallol; sobre todo en pomada. Se le puede emplear á dosis muy elevadas, porque poseemos un contraveneno excelente: el ácido clorhídrico. La resorcina tiene una acción menos enérgica y está más bien indicada para los individuos de piel sensible, como las mujeres y los niños. El ácido fénico en disolución al 2 por 100 se utiliza geralmente en inyección en los nódulos leprosos aislados. La crisarobina, cuya acción es completamente superficial, no se emplea más que contra las formas ligeras de la lepra; es preciso proteger bien los ojos del enfermo. Las pomadas de azufre prestan excelentes servicios para calmar las inflamaciones consecutivas á la acción de remedios más enérgicos. Lo mismo sucede con el ictiol, que se utiliza también en los edemas, en forma de vaselina ictiolada contra las lesiones leprosas de la nariz, en forma de colodion ictiolado contra las adenopatías, en la de emplasto contra las artropatías dolorosas.

Como medicamentos internos, las inyecciones de ictiol y de alcanfor son muy útiles para mejorar el estado general. El medicamento que merece mejor el título de «específico de la lepra» es el aceite de Chaumolgra, que puede administrarse al interior, sin peligro para el estómago, en forma de píldoras jabonosas. También se le puede emplear en enemas (Hallopeau), pero no en inyecciones subcutáneas, porque son muy dolorosas. Del mismo

modo he empleado el salol con éxito en ciertas formas de lepra muy dolorosas.

Sífilis experimental.—El Dr. Metchnikoff: Los brillantes resultados obtenidos desde hace mucho tiempo en el estudio de la sífilis son debidos en gran parte á la aplicación al hombre del método experimental. Pero las experiencias en el hombre hace correr peligros á menudo muy grandes; de hecho la clínica de la sífilis se ha reducido á la simple observación. La insuficiencia de este método de investigación ha llevado á ciertos sifiliógrafos á buscar algún animal susceptible de adquirir la sífilis experimental.

Los ensayos intentados en numerosas especies animales, no han producido más que resultados negativos; se ha experimentado en monos á causa de su parecido con la especie humana.

Entre estos animales, los únicos que tienen una sensibilidad absoluta para la sífilis son los monos antropoides. Ningún chinpancé ni orangután que he inoculado con virus sifilíticos de origen diverso ha sido refractario. Neisser, Baermann y Halberstatter han obtenido el mismo resultado con chinpancés, orangutanes y cinocéfalos.

La sífilis experimental de los monos antropoides presenta la mayor analogía con la del hombre. El accidente primario que aparece después de un periodo de inoculación de treinta días por término medio, es completamente análogo al chancro sifilítico humano. Presenta la induración típica y el aspecto de una lesión cubierta de una capa de barniz obscuro. Pocos días después de aparecer el chancro en el punto de inoculación, se produce una hipertrofia considerable de los ganglios de la región inoculada. El paquete ganglionar es móvil, indoloro y forma eminencia en la superficie de la piel. El accidente primario persiste varias semanas y acaba por curar espontáneamente.

Los monos antropoides son los únicos animales en los que se observa la sífiles secundaria, y aun los orangutanes sólo presentan rara vez accidentes secundarios poco desarrollados. El chinpancé es de todos los antropoides el más expuesto á los accidentes secundarios; en las investigaciones que he practicado con Roux en este mono, hemos podido observar varias veces la psoriasis palmar, pápulas cutáneas secas y ulceradas, y placas mucosas de la boca.

En cambio, jamás hemos observado accidentes terciarios. En varias ocasiones hubo trastornos nerviosos en forma de paraplegias, hipertrofia del bazo, pero no fenómenos clínicos de otros órganos internos.

El virus sifilítico es muy alterable; apenas se conserva algunas horas fuera del organismo; desecado, pierde su virulencia; aun conservado á temperatura baja, cesa pronto de ser virulento; calentado á 48° no produce la sífilis; no atraviesa los filtros de porcelana.

El virus sifilítico es un espirilo descubierto por Schaudinn y descrito por él en colaboración con Hoffmann. Apenas ha transcurrido un año desde la primera publicación de estos dos autores y se han publicado numerosos trabajos sobre este asunto. El espirilo, llamado *Treponema pallidum* por Schaudinn, ha sido encontrado en numerosos casos de sífilis. Se le ha encontrado, no sólo en el chancro primario, donde está con frecuencia mezclado á otros microbios, entre los que se reconoce el *Spirochaete refrigens*, de Schaudinn,

sino también en los accidentes secundarios, pápulas cutáneas, placas mucosas y roseola. En cambio, el microbio de la sífilis no ha sido encontrado en los gomas terciarios.

La presencia casi constante del *Treponema pallidum* en los productos sifilíticos primarios y secundarios, así como en la placenta materna y fetal y su abundancia en la sífilis hereditaria, indican de un modo suficiente su papel etiológico. En la sífilis experimental de los monos se ha encontrado el *Treponema* muchas veces.

El descubrimiento de la inoculabilidad de la sífilis á los monos, así como el del microbio de esta enfermedad, constituyen progresos importantes en el estudio de la sífilis; esta enfermedad ha salido del dominio puramente clínico y se ha colocado al lado de tantas otras enfermedades microbianas.

Inmediatamente después del descubrimiento de la acción preventiva y curativa de ciertos sueros, se ha procurado buscar un suero antisifilítico, sin llegar, no obstante, á un resultado satisfactorio.

El descubrimiento de la sífilis experimental de los monos ha permitido dar á estas investigaciones más precisión. Sin embargo, hasta ahora los ensayos de sueroterapia antisifilítica en el mono no han producido resultados satisfactorios; quizá se obtendrán mejores cuando sepamos cultivar el *Treponema pallidum in vitro.*

Cicatrización rápida del chancro indurado por un tratamiento local. — El doctor Silva Jones: Poseemos en el bálsamo mercurial de Plenck un medio de obtener la cicatrización rápida en pocos días de chancro sifilítico.

La preparación de este bálsamo es la siguiente: se toman 7 gramos de mercurio y 4 de trementina, se trituran hasta la extinción del metal, después se añaden hasta 22 gramos de manteca y 34 de bálsamo de Arceo y 1'50 gramos de mercurio dulce.

El modo de emplearlo es muy sencillo: basta embadurnar el chancro con el bálsamo y cubrirlo con algodón hidrófilo.

Provocando la cicatrización precoz de los chancros sifilíticos, quizá la sífilis evolucione de un modo más benigno.

Sífilis intestinal. — El Dr. Suárez de Mendoza (*Conclusiones*): 1.ª La sífilis intestinal es una afección mucho menos rara de lo que se cree.

2.ª Se localiza de preferencia en la porción terminal del intestino delgado y en el grueso.

3.ª Se manifiesta por síntomas tan poco numerosos y tan diferentes, que su diagnóstico es dificilísimo.

4.ª Los errores de diagnóstico son debidos, tanto á la falta de síntomas típicos de la sífilis intestinal, como al estado cerebral del médico, que, consciente ó inconscientemente, niega el derecho de ciudadanía á esta entidad morbosa, y atribuye al tratamiento empleado los accidentes gastrointestinales debidos á la infección específica.

5.ª Siempre que se observe una diarrea crónica refractaria á todos los medios terapéuticos ordinarios, conviene pensar en la sífilis hereditaria ó adquirida, y una vez comprobada su existencia, emplear el tratamiento conveniente.

6.ª Para no estar obsesionados, en caso desgraciado, por la idea de homicidio por omisión, es necesario, aunque el enfermo niegue todo antece-

dente sifilítico, someterle al tratamiento enérgico de ensayo, bien por las fricciones mercuriales, ó lo que es aún preferible, por las inyecciones hipodérmicas, que permiten dosificar mejor la cantidad de mercurio absorbido.

Diagnóstico de las afecciones quirúrgicas de los riñones. — El Dr. Kapsammer: Desde el principio del siglo xx, ningún capítulo de la cirugía ha experimentado transformaciones tan grandes como el de los riñones. Lo que principalmente ha producido estas transformaciones ha sido el descubrimiento, en 1887, del cateterismo cistoscópico de los uréteres. Los antiguos métodos de exploración, en los que se ha fijado más atención en estos últimos años, han resultado insuficientes en gra número de casos, aun aplicados por los especialistas más distinguidos. Se ha recomendado recientemente la acción exploradora de los dos riñones puestos al descubierto y hasta su incisión; sin embargo, este procedimiento parece inaceptable, á causa de las consecuencias funestas que puede acarrear, y porque lesiones aún graves, son susceptibles de pasar inadvertidas macroscópicamente.

Sólo un examen microscópico permite hacer un diagnóstico exacto. Puede hacerse de un modo tan exacto, por el método moderno de examen de las funciones. Las exploraciones físicas, químicas, microscópicas y bacteriológicas de las secreciones renales, son de grandísima importancia; no deben descuidarse en caso alguno, aunque á menudo no suministren una base segura para reconocer la extensión de la enfermedad. De todos los antiguos métodos de diagnóstico de los riñones, no hay uno que pueda por sí sólo suministrar datos ciertos de que podamos fiarnos; reuniéndolos es posible en muchos casos obtener cierta seguridad, pero con frecuencia conduce á ilusiones fatales, como lo prueban los numerosos fracasos publicados.

La cistoscopia y el cateterismo de los uréteres es el método por excelencia que forma la base de las nuevas conquistas, frente á las cuales los separadores no son más que medios inferiores de exploración.

Entre estos métodos que tienen por objeto hacer el diagnóstico funcional de los riñones, la *crioscopia* de la orina ó de la sangre no ha llegado á procurarnos resultados diagnósticos que valgan la pena de ser mencionados. La poliuria experimental es un procedimiento muy complicado para la práctica. Además, los resultados pueden ser en algunas ocasiones influídos por la poliuria refleja que ocasiona. Esta poliuria influye también en la proporción de azúcar en la prueba de floridzina. Por lo demás, como la cantidad absoluta de azúcar jamás puede ser determinada, porque por muy arriba que se lleve el cateter en el uréter pueden deslizarse por un lado de él cantidades de orina y caer en la vejiga, es útil, en el método de la floridzina, indicar bien cuánto tarda en aparecer el azúcar: cuanto más tarde en aparecer, tanto más grave es la lesión funcional y anatómica del riñón. La nefritis parenquimatosa es una excepción, así como para las pruebas del azul de metileno y la del indigo-carmín.

La prueba del indigo-carmín puede producir resultados parecidos á la de la floridzina, pero no está aún tan perfeccionada.

La prueba del azul de metileno es sustituída hoy por la del indigo-carmín, porque tiene numerosas ventajas sobre aquélla. El indigo-carmín aparece siempre en la orina como materia colorante, mientras que el azul

de metileno aparece algunas veces como materia incolora (cromógeno), sin que sepamos las causas de sus cambios.

El valor considerable de los nuevos métodos se demuestra, sobre todo, por las dos circunstancias siguientes: 1.ª, permite la posibilidad de operaciones precoces; 2.ª, fija las indicaciones de la nefrectomía aun cuando el otro riñón esté también enfermo.

Para apreciar el valor de los nuevos métodos de exploración renal ha servido con mucha frecuencia de base la comparación de las estadísticas actuales de las operaciones hechas, según los nuevos métodos con las estadísticas igualmente actuales de operaciones practicadas sin el auxilio de ellos. Este método de comparación no tiene gran valor, porque aun los operadores que permanecen reservados frente á los nuevos métodos obtienen en la actualidad resultados más favorables; en efecto, diagnosticando las enfermedades de los riñones sin los nuevos métodos, operan, sin embargo, bajo la influencia de los conocimientos adquiridos por ellos. Para apreciar bien estos métodos modernos es preciso fijarse en que en la actualidad hay muchas más enfermedades quirúrgicas de los riñones que pueden ser diagnosticadas y operadas, mientras que antes, como podemos ver en las reseñas de las autopsias, la mayor parte de los enfermos atacados de padecimientos quirúrgicos de los riñones morían, sin que se hubiese hecho diagnóstico alguno, ó bien las operaciones eran tan tardías que podían quizá alargar la vida pero no curar.

El Dr. Albarrán: Desde el punto de vista de la práctica quirúrgica, es preciso determinar: 1.º, lo que valen los procedimientos de exploración de las funciones renales, sin estudiar por separado la orina de ambos riñones; 2.º, el mejor procedimiento de estudio de las dos orinas recogidas separadamente.

El primer grupo de procedimientos comprende principalmente el estudio del Δ sanguíneo y los medios de eliminación producida por el azul de metileno ó la floridzina. He demostrado con numerosos ejemplos que todos estos procedimientos nos exponen á creer suficiente la eliminación renal cuando no lo es y á cometer el error inverso. Es necesario, sobre todo, saber que el Δ sanguíneo puede ser normal y las eliminaciones provocadas verificarse de una manera regular, no sólo cuando un riñón está enfermo, sino también cuando lo están los dos. Basta para comprenderlo recordar que un riñón puede suplir al otro, y que cuando los dos riñones están enfermos, las partes aún sanas de cada uno de ellos pueden bastar para las eliminaciones. Entre los procedimientos imperfectos de este primer grupo, el del azul de metileno es también el mejor, aunque no puede considerársele más que como una prueba de valor muy relativo.

Cuando se estudia por separado la orina de ambos riñones, es preciso saber que los dos no funcionan simultáneamente de la misma manera; por ejemplo, en estado normal, entre la orina del riñón derecho y la del izquierdo, puede haber una diferencia de varios gramos de urea por litro. En estado patológico, toda deducción fundada en el estudio del análisis químico, á menos de diferencias considerables entre ambas orinas, expone á errores. Aunque en general las eliminaciones provocadas se hacen peor por el riñón enfermo, se puede observar también que dichas eliminaciones no son

perfectas por el sano. Ningún procedimiento de estudio fundado en la comparación de las dos orinas recogidas durante media hora, ó aun durante mucho tiempo, es susceptible de indicarnos con certidumbre lo que vale un riñón comparado con el otro, y menos aún precisar si uno de ellos es capaz de suplir al otro.

Este doble problema se resuelve por el procedimiento de la poliuria experimental, procedimiento que consiste en comparar las dos orinas recogidas por el cateterismo ureteral durante cuatro medias horas consecutivas; al principio del experimento se hace una inyección subcutánea de 2 centígramos de floridzina, y al terminar la primera media hora se hacen beber al enfermo tres grandes vasos de agua. Cada muestra correspondiente á una media hora se estudia aparte, desde el punto de vista de la cantidad de la orina, de la concentración molecular, de la urea y del azúcar. Por esta prueba se estudia la marcha funcional de ambos riñones y se observa que la función del riñón es tanto más uniforme cuanto más enfermo está; el riñón sano responde á la excitación poliúrica y presenta en su curva oscilaciones extensas; el enfermo tiene oscilaciones tanto menores cuanto más gravemente está lesionado.

El valor de este procedimiento se demuestra por el hecho de que aún no he perdido enfermo alguno de nefrectomía desde hace tres años que le empleo sistemáticamente antes de extirpar un riñón.

Tratamiento de la hipertrofia de la próstata. — El Dr. F. Legueu: En pocos años la prostatectomía ha vencido á todos sus métodos rivales, y es la única que merece considerarse como método absolutamente curativo.

I. Los resultados que produce, en efecto, son superiores á los suministrados por cualquier otro método.

En las retenciones completas crónicas cura en los cuatro quintos de los casos. Ni la edad del enfermo ni la antigüedad de la retención son obstáculos para ello. El estado general mejora á la vez que la vejiga se vacía, y la curación es verdaderamente completa.

En las retenciones incompletas se obtiene casi un tercio de resultados perfectos, otro de resultados nulos y otro de mejorías. Estas diferencias, sin embargo, jamás se ven á consecuencia de la prostatectomía hipogástrica, que produce resultados más iguales.

En las retenciones incompletas con distensión, algunas operaciones afortunadas permiten esperar buenos resultados.

En las retenciones agudas, el resultado es más perfecto con la prostatectomía.

II. Alentados por estos resultados, puede dar mayor extensión á las indicaciones de la prostatectomía.

En la hipertrofia prostática sin retención, es preferible esperar á que se presenten los trastornos para intervenir.

En las hipertrofias con retención, por el contrario, la prostatectomía encuentra sus indicaciones más preciosas; ante todo, en las retenciones agudas que se reproducen y debilitan poco á poco la musculatura vesical; después, en las retenciones completas crónicas, en las que el enfermo está condenado irremisiblemente á la sonda; por último, en las retenciones incompletas el enfermo obtendrá gran ventaja en aceptar la operación.

Entre las contra-indicaciones es necesario insistir sobre las lesiones renales que producen con frecuencia la muerte de los enfermos después de la prostatectomía y que es preciso conocer de antemano; la fiebre puede ser, por el contrario, modificada favorablemente por la operación.

III. *Elección de la operación.* — La prostatectomía perineal es muy benigna; en 1.030 casos reunidos con motivo de este trabajo hubo 90 muertes, ó sean 8'7 por 100 de mortalidad. Esta benignidad es debida, sobre todo, á que es una operación de desagüe declive.

Por el contrario, la prostatectomía perineal es difícil con las próstatas gruesas. Sobre todo, cuando hay en la vejiga un lóbulo medio prominente pediculado, voluminoso, la extracción es con gran frecuencia muy laboriosa á través del cuello dilatado.

Expone á herir el recto y á fístulas interminables. Por último, las consecuencias son largas; la fístula perineal tarda mucho en cerrarse.

La función genital se pierde, ó poco menos, porque los conductos eyaculadores son siempre lesionados, excepto en la operación de Young.

Cuanto al resultado terapéutico, es con frecuencia defectuoso; la operación ocasiona á veces incontinencia durante cierto tiempo. Esta complicación, de ordinario temporal é inconstante, ha sido algunas veces persistente y rebelde. Después persiste la retención parcial y es preciso hacer uso de la sonda; este resultado se debe á que á menudo la operación es incompleta.

En la prostatectomía transversal de Freyer-Fuller se extrae, por el contrario, toda la próstata sin fragmentar: unas veces la próstata está en bloque, redondeada, lisa, con fibras lisas en su superficie, lo que expone en algunos casos á la hemorragia; otras se extrae abierta, estrellada, y sus dos lóbulos reunidos por una comisura media. Sólo se conserva la pared anterior de la uretra y, después de la curación, el hueco prostático forma un divertículo inferior en la vejiga. Los conductos eyaculadores quedan casi siempre intactos.

Así comprendida la prostatectomía transvesical es más fácil, más rápida, más completa. Las consecuencias operatorias son más rápidas, no hay fístulas y se conserva la función genital. El resultado terapéutico es en general perfecto, y el residuo desaparece completamente á consecuencia de la operación.

Por el contrario, la prostatectomía transvesical es una operación más grave que la perineal; su mortalidad, en 551 casos es casi de 13 por 100. Las causas de muerte son: hemorragia, colapso y, sobre todo, el estado séptico que resulta de una herida con desagüe insuficiente ó superior. Los cuidados post operatorios tienen desde este punto de vista una importancia considerable. Freyer deja en la vejiga un tubo grueso que facilita mucho el desagüe. Los tubos de Guyon Périer son, al parecer, también muy útiles, evitando á los enfermos el inconveniente de estar siempre mojados. La sonda permanente no merece la reprobación de Freyer. En los casos más infectados es útil desaguar por la vía inferior.

Creo que la prostatectomía de Freyer debe preferirse á la perineal, sobre todo para las próstatas que están muy aumentadas de volumen, y por consiguiente son muy enucleables en los individuos resistentes y poco infectados.

El Dr. Tuffier: Los accidentes debidos á la hipertrofia de la próstata exigen tratamientos preventivo, paliativo y curativo.

El método descongestionante constituye el tratamiento preventivo.

El tratamiento paliativo está representado por el cateterismo, debe practicarse únicamente cuando se practica de un modo regular, es ejecutado con facilidad y es bien tolerado. En el caso contrario, es preciso combatir las complicaciones temporales que pueden dificultar la ejecución. Con mucha frecuencia estas complicaciones ceden á un tratamiento sencillo bien apropiado, y mientras no amenacen el funcionamiento de las vías superiores reno-ureterales no crean indicación operatoria. Estos peligros son: imposibilidad definitiva de evacuar la vejiga, hematurias persistentes, infección vesical crónica, rebelde á todas las medicaciones, á todos los tópicos ensayados concienzudamente, según los preceptos establecidos por el profesor Guyon. El cateterismo es, por lo tanto, el método preferible en casi todos los enfermos.

El tratamiento operatorio tiene por objeto seccionar ó suprimir el obstáculo.

La operación de Bottini, perfeccionada por Frendenberg, da la misma mortalidad que la prostatectomía y no evita las recidivas.

La ablación parcial de la próstata no es aplicable más que á casos muy limitados, en los que el adenoma se ha desarrollado en una de las glándulas periuretrales en el cuello.

La ablación total es en la actualidad el método preferible, recomendable por el número de hechos publicados y los resultados terapéuticos obtenidos. La mortalidad total oscila alrededor del 4 por 100. El restablecimiento de la micción espontánea y la desaparición de los accidentes infecciosos vesicales son la regla en los operados. La decadencia genital es constante.

Las vías perineal y transvesical tienen sus ventajas y sus inconvenientes. Las dos combinadas se aplican á casos especiales. La ablación por el periné es al parecer más difícil, quizá un poco más benigna, y va seguida de una decadencia genital casi segura. La sutura total de la uretra es un perfeccionamiento en su técnica, el procedimiento por fragmentación es más largo y la hemisección más rápida. Las complicaciones operatorias más frecuentes son las fístulas uriuarias. La mortalidad es de 4 por 100. Los resultados terapéuticos son al parecer menos perfectos que después de la ablación por vía alta; en los enfermos de retención crónica é incompleta, persiste ésta algo después de operados.

La prostatectomía transvesical se ejecuta con mucha rapidez, su técnica es fácil, la ablación completa, su mortalidad un poco más elevada (próximamente 5 ó 6 por 100), su peligro depende de la infección perivesical por desagüe insuficiente. Sus resultados terapéuticos son perfectos, la evacuación completa, espontánea de la vejiga es la regla, y la polaniuria se observa rara vez; en la mayor parte de los casos se conserva la potencia genital.

Las indicaciones operatorias se fundan, en general, en el peligro de una distensión definitiva ó una infección de la parte superior de las vías urinarias, y la indicación se hace imperiosa cuando la retención es séptica. Pero es preciso no comprender bajo esta denominación más que á los prostáticos que no pueden ser sondados de una manera regular, y cuya infección resis-

te á todos nuestros medios de acción. Se ha abusado con demasiada frecuencia de los medios sencillos, y al primer incidente se propone y se practica una operación que un tratamiento anodino evitaría con seguridad. Es decir, que la intervención debe ser la excepción, y no la regla, en el tratamiento del fibro-adenoma senil de la próstata. Debe practicarse en lo posible en frío, es decir, fuera de los períodos de accidentes y de complicaciones locales y generales. La edad del enfermo, la función normal de sus vísceras, el volumen de la glándula, la antigüedad de los trastornos de retención, no crean contraindicación alguna operatoria, y no pueden hacer prejuzgar el resultado terapéutico. Por el contrario, el estado de los riñones, bien examinado, los estigmas orgánicos del corazón, el hígado, el pulmón, la nutrición general, y ciertos estados esclerosos prostatovesicales, pueden crear contraindicaciones.

La elección entre las vías perineal y la hipogástrica, debe decidirse después de varias observaciones: ante todo, la evolución vesical, habitual ó perineal de la neoplasia, después el volumen de la próstata, las próstatas pequeñas esclerosas, justifican la vía perineal, la grosura considerable de los operados, que reclama también esta vía; y por último, la costumbre ó la habilidad del operador. En condiciones medianas, las dos vías dan los mismos fracasos, pero en la actualidad la vía perineal produce resultados terapéuticos menos completos con una mortalidad algo menor.

El Dr. Bartos: La hipertrofia de la próstata no debe considerarse como una entidad morbosa, sino más bien como un síntoma común á varias enfermedades de esta glándula. Este síntoma depende con la mayor frecuencia, en los ancianos, de los adenomas de la próstata, de la prostatitis crónica hipertrófica ó del cáncer; el adenoma es con frecuencia el origen de un conjunto sintomático, que nos permite en la mayor parte de los casos hacer un diagnóstico seguro; la prostatitis crónica hipertrófica es la causa más frecuente de la llamada hipertrofia de la próstata; el cáncer, por último, cuya sintomatología, en el momento en que empieza á desarrollarse es aún hoy tan poco clara, existe con más frecuencia de lo que se supone de ordinario.

En el estado actual de nuestros conocimientos, el enfermo de adenoma de la próstata debe ser prostatectomizado, porque así se obtienen buenos resultados mediatos é inmediatos. En la prostatitis crónica hipertrófica, si las lesiones recaen casi exclusivamente en la próstata, la prostatectomía da tan buenos resultados como los que obtenemos en los casos de adenoma; si además de las lesiones prostáticas hay lesiones pronunciadas de la uretra, debemos abstenernos de practicar la prostatectomía, con la que no se obtienen más que resultados muy incompletos; si hay pericistitis ó periprostatitis ó si, á pesar de la sensación de movilidad absoluta de la pared del recto sobre la próstata, apreciable por el tacto, ésta queda inmovilizada en el espacio bi-isquiático, lo que nos hará suponer el carcinoma, la intervención se halla en absoluto contraindicada. En estos dos casos debemos recurrir, según la oportunidad, á los tratamientos paliativos clásicos, tanto médicos como quirúrgicos. Por último, en el carcinoma supuesto ó confirmado, no podemos emplear en la actualidad más que una terapéutica sintomática, y no una curación radical.

Entre todas las operaciones propuestas y presentadas como curativas de la hipertrofia de la próstata, sólo la prostatectomía debe ser considerada como útil en realidad. Otras intervenciones quirúrgicas deben ser empleadas como terapéutica de urgencia contra los graves accidentes dependientes de ésta.

De todas las prostatectomías aconsejadas hoy, se debe preferir la técnica de Füller, con la propulsión transrectal de Freyer, y que comprende los tiempos siguientes: *a*) incisión de las paredes del vientre y de la vejiga, bastante extensa para poner al descubierto el tumor prostático; *b*) incisión de la mucosa que la cubre, hecha con tijeras y bastante extensa para permitir su paso después de quedar libre el órgano; *c*) decortezamiento hecho con un dedo, ayudada y vigilada por dos dedos introducidos en el recto; *d*) colocación y fijación de los tubos de Guyon-Perier, y cuidados consecutivos parecidos á los de una talla hipogástrica con cistotomía temporal.

(*Continuará*). F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 22 de Julio de 1906.

Tratamiento de la apendicitis.—El Dr. *De Bergmann* dice que va á tratar de dos puntos tan sólo entre los muchos que implica el estudio de la peritiflitis. Estos dos puntos, de suma importancia para la conducta del médico práctico, son: el diagnóstico del ataque peritiflítico y el de si después de haber pasado felizmente éste, se debe siempre proceder á la extirpación del apéndice. La opinión de que todo ataque agudo va preparado por una inflamación crónica precedente del apéndice, parece muy discutible á juzgar por las investigaciones anatómicas de estos últimos tiempos.

El Dr. *Kraus* recuerda las grandes dificultades que se presentan para deducir del cuadro clínico las alteraciones anatómicas que deben de existir en el apéndice. Hay que distinguir el ataque agudo clásico y la apendicitis crónica. En el primer caso tiene mucha importancia el dolor, que aun siendo un síntoma objetivo, es de gran valor para el diagnóstico. Ya no sucede lo mismo cuando el curso es crónico; en este caso, no es raro que se trate de otra cosa que de perturbaciones digestivas con dolores localizados en algún punto del abdomen; en otros casos se ven tumores gaseosos en la región íleocecal, con defensa muscular en la misma región y sensibilidad á la presión.

El dolor en el ataque agudo se compone de la enteralgia ó en su caso gastralgia refleja y del dolor peritonítico local que se exagera, ejerciendo compresión en las regiones íleocecal ó lumbar, ó bien desde el recto, y también por los movimientos del cuerpo ó las contracciones musculares (del íleopsoas).

Como ya se comprende, además del dolor, los demás síntomas tienen también su importancia.

En la mujer hay casos en que es difícil decir si se trata ó no de una oofo-

ritis. En esta afección, el dolor á la presión radica en un punto más bajo, la menstruación exagera los dolores, y la exploración ginecológica tiene una importancia decisiva.

Para distinguir el caso de una afección histérica, basta tener presente que en esta última faltan la fiebre, la leucocitosis y los componentes peritoníticos del dolor; en cambio, la exploración descubre una zona analgésica y anestésica en la región umbilical.

Dieulafoy ha insistido en que en el ataque peritiflítico se descubre una zona hiperestésica; pero esto sólo sucede al principio, más tarde, hasta se encuentra en la misma zona que se ha vuelto anestésica.

No puede negarse que en muchos casos va precedido el ataque agudo de un período crónico, pero en otros, sobre todo en los niños, el comienzo del ataque nos sorprende por completo. Aun la llamada irritación del intestino ciego, debemos de interpretarla como un ataque crónico ligero. La operación en este caso es profiláctica y no está indicada de un modo inexcusable; hay que proceder según las circunstancias de cada caso. En cambio, todo caso intermedio que va acompañado de supuración, debe ser observado por el cirujano, á fin de que se pueda proceder á la operación tan pronto como sea necesario. Cita el autor varias estadísticas y especialmente las de Sahli y Riedel, de las que se deduce que la mortalidad es terriblemente elevada (40 á 50 por 100) cuando se adopta un tratamiento conservador; que en el adulto, en cambio, está justificada esta conducta cuando se trata de casos leves, pero en los casos graves lo que procede es la intervención quirúrgica.

El Dr. *Heubner* refiere haber visto hace poco tiempo un niño, que hallándose en la clínica á causa de otra enfermedad, presentó de pronto dolores y repugnancia á los alimentos, faltando todos los demás síntomas del ataque clásico. En vista de la tensión local de las cubiertas abdominales, que por cierto no siempre se puede comprobar bien en el niño, del comienzo brusco de los síntomas, del ascenso de la temperatura á 38° y del pulso desde 78 á 108, y por último, de la ansiedad del semblante, el autor se decidió á operar, viéndose entonces que existía en realidad una peritonitis local incipiente y un apéndice libre y sin ninguna adherencia. Esto sucedía á las seis horas de iniciado el ataque. El microscopio descubrió, en la porción periférica del apéndice, una inflamación hemorrágica de la mucosa y entre ella montones de bacterias. Dieulafoy ha sostenido que las hemorragias no son siempre expresión de una inflamación. El autor ha practicado ligaduras del apéndice en el conejo, y ha visto que pueden dar origen á hemorragias; pero en estos casos no se han encontrado ni montones de bacterias ni peritonitis local.

Para terminar, dice el autor que hasta ahora es imposible por los síntomas clínicos hacer un diagnóstico anatómico de las lesiones existentes en el apéndice.

El Dr. *Orth* va á referirse á las investigaciones realizadas en 400 casos por Aschoff. En ellas se procuró colocar el apéndice en un líquido conservador lo más pronto posible, de tal suerte, que en la inmensa mayoría de los casos se trata, no de apéndices sacados del cadáver, sino de apéndices extirpados en vivo. Algo difícil es juzgar si está ó no enfermo el aparato lin-

fático; sin embargo, no nos equivocamos al interpretar como patológico un aumento notable de los centros germinativos.

Ahora bien, los estudios de Aschoff han puesto de manifiesto que en 9 á un 10 por 100 de los apéndices extirpados, no se encontró ninguna alteración patológica, á pesar de haberse observado ataques antes de la extirpación. Las hemorragias de la pared no son prueba de inflamación; muy á menudo no son otra cosa que consecuencia de la operación.

No es raro encontrar en el cadáver de personas de alguna edad lesiones en el apéndice, y sobre todo obliteraciones, sin que en los antecedentes conste la existencia de ningún ataque; más aún: son tan frecuentes tales obliteraciones, que hasta pudieran considerarse como de carácter senil. En otros casos se hallan callosidades ó cicatrices, que sólo pueden haber provenido de tejidos de granulación. Pero semejante desarrollo de tejido de granulación en la pared, siempre es de naturaleza secundaria y exige la existencia previa de procesos de supuración ó bien la de una inflamación pseudomembranosa y necrosante de la mucosa. Cuando dichos procesos dejan en pos de sí cicatrices visibles ú otros resíduos, tenemos en ello una prueba de que también pueden curar las lesiones graves del apéndice. Por otra parte, no se puede desconocer que en los casos en que existen perforaciones, demuestra la exploración que tienen que haber precedido lesiones graves.

Resulta de todo lo expuesto, que las particularidades anatomopatológicas no siempre están en armonía con los hechos observados en la clínica, y que mientras las cosas se hallen en este estado, la consideración y apreciación basada en el examen clínico, es la que tiene que servir de guía para nuestra conducta en cada caso particular.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. del Valle.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 22 de Junio de 1906.

Un caso de mal de Raynaud. — El Dr. *Federico Necker* presenta un caso de síndrome de Raynaud en el que hay la particularidad de estar complicado con tuberculosis de los huesos y de las articulaciones. Se trata de un muchado enclenque de doce años, cuya afección de Raynaud no parece haber sido provocada por ningún enfriamiento, aunque el frío la agrava, y en cuyo sistema nervioso no se ha encontrado nada anormal, á no ser una leve hiperestesia en el territorio de las falanges enfermas.

Un caso de tetania. — El Dr. *Hans Königstein* refiere que en el examen anatomopatológico de un caso de tetania típica, idiopática y muy acentuada, se observó que los cuerpos epiteliales se teñían de un color moreno más obscuro que en circunstancias normales.

El cáncer de la mama y los rayos X. — El Dr. *Leopoldo Freund* presenta una mujer de sesenta años, la cual desde hace tres y medio tenía un cáncer de la mama, ulcerado de un año á esta parte. También estaban interesados

los ganglios próximos. La enferma estaba caquéctica. Desde 28 de diciembre último al 19 de febrero, se sometió la lesión á la acción de los rayos X; 20 sesiones de seis minutos y con tubos duros. Sin gran reacción fué mejorando la úlcera, y á fines de abril había cicatrizado por completo. También se han resuelto los infartos ganglionares. En el sitio de un foco metastático que había cerca del primitivo, se ve hoy una dilatación teleangiectásica de los vasos cutáneos.

La laparotomía en el cáncer del útero.—El Dr. *Ernesto Wertheim* dice haber operado, de más de cinco años á esta parte, unos 180 casos de cáncer del útero, pero que de ellos sólo 60 lo han sido hace más de cinco años; de estos 60 casos han quedado exentos de recidiva unos 60 por 100, siendo así que con el método vaginal las estadísticas más favorables dan un 30 por 100. Hay que contar, además, con que el autor opera la mitad de los casos de cáncer del cuello de la matriz, siendo así que en otras partes no se opera más que la sexta ó séptima parte. La mortalidad operatoria fué hace dos años de un 15 á un 16 por 100, pero desde hace un año no ha pasado del 9 por 100, debido, sin duda, á que ahora no procede á anestesiar la enferma hasta que ha raspado y cauterizado el neoplasma. Quizá haya influído también el empleo del aparato de Roth-Dräger para inhalar el oxígeno. Asimismo dió muy buen resultado la anestesia espinal con la estovaína que emplea principalmente en las ancianas muy decaídas. Puede asegurarse, por lo tanto, que la operación abdominal ha de quedar admitida definitivamente en el tratamiento del cáncer del cuello.

El Dr. *Oscar Binger* dice que desde hace cinco años ha abandonado también Schauta el método vaginal, empleando el abdominal, pero sin extirpar los ganglios, y que ha obtenido resultados tan satisfactorios como Wertheim.

El Dr. *Wertheim* dice que un plazo inferior á cinco años es demasiado corto para hablar de resultados definitivos.

Tetania paratireopriva.—El Dr. *Antonio Weichselbaum* dice que en la elección de método para operar el bocio hay que cuidar de que se respeten los cuerpos epiteliales, y no basta para ello con no extirpar todo el bocio. La demostración que ha hecho Erdheim de que la tetania es debida á la extirpación de los cuerpos epiteliales no es ociosa, pues aun autores muy modernos han atribuído la tetania á la extirpación de la misma glándula tiroides. También ha sido muy conveniente la demostración experimental del papel que dichos cuerpos tienen en la deposición de la cal en los tejidos que están en vías de crecimiento. Todos estos hechos, y el de que una rata preñada se hizo tetánica con la extirpación de una parte nada más de los cuerpos epiteliales, son de mucha importancia para los cirujanos.

El Dr. *Víctor Frommer* dice haber hecho experimentos de los que resulta que los cuerpos epiteliales tienen una función antitóxica, y que la placenta humana contiene principios tóxicos que son neutralizados por antitoxinas en estado normal.

El Dr. *Teodoro Escherich* dice que para que puedan tener aplicación á la medicina interna los estudios sobre la tetania paratireopriva será menester conocer mejor la fisiología de los cuerpos epiteliales. Pregunta además si en los experimentos se ha observado una influencia de la extirpación total

ó parcial de dichos cuerpos sobre el crecimiento de los huesos y si se han hecho investigaciones sobre la reacción eléctrica de los nervios periféricos.

El Dr. *Arturo Biedl* hace constar que ya en 1891 observó en sus experimentos que la génesis de la tetania es debida á la extirpación de los cuerpos epiteliales, no á la del bocio.

El Dr. *Lotario de Frankl-Hochwart* aduce varios hechos que demuestran la imposibilidad, en clínica, de establecer una distinción precisa entre la tetania y la caquexia.

El Dr. *De Eiselsberg*, y en su nombre el Dr. Pablo Clairmont, dice que la mayor frecuencia de los casos de tetania en Viena es debida, no al procedimiento operatorio empleado, que es el mismo, sino sin duda á la diferencia de los casos de una y otra región. Cree además que, tratándose de una intervención tan difícil, sólo debe ser modificada la técnica por cirujanos muy experimentados en ella.

El Dr. *Max Kassowitz* refiere que los ensayos que ha hecho de tratar la tetania con substancia de los cuerpos epiteliales han dado un resultado desfavorable.

El Dr. *Federico Pineles* recuerda que hace dos años hizo presente á la Sociedad la gran analogía clínica que hay entre todas las formas de tetania, y hasta les son comunes dos síntomas que se observan algunas veces: la catarata y los trastornos tróficos. De suerte que si tiene razón Kassowitz en decir que la etiología de las distintas formas de tetania es diferente, ya no sucede lo mismo con la patogenia.

El Dr. *Jacobo Erdheim* contesta á De Eiselsberg que el hecho de que la extirpación de los cuerpos epiteliales en los animales ocasiona la tetania no se podía esperar sencillamente por lo que se sabía de estas cosas hasta la fecha. Respecto á la técnica operatoria de la operación del bocio, si cirujanos experimentados como Eiselsberg no necesitan una pauta para encontrar y respetar los cuerpos epiteliales, no sucede lo mismo con los cirujanos que tienen pocas ocasiones de hacer dicha operación.

Respecto á la repugnancia que tiene el Dr. Kassowitz á asimilar la tetania infantil con la de origen quirúrgico, hay que recordar que De Eiselsberg ha encontrado alguna vez en niños que habían nacido asfixiados hemorragias en los cuerpos epiteliales. Estas hemorragias, que se curan muy lentamentente y que el orador encontró también en dos casos de tetania infantil, podrían quizá, en unión de algún agente tóxico, explicarnos la tetania de los niños.

La cuestión de la hipertrofia compensadora de los cuerpos epiteliales que se han respetado, no está aún madura para un juicio definitivo, y tampoco se puede decir nada terminante acerca de la pregunta que ha hecho el Dr. Escherich sobre la influencia de la supresión de los cuerpos epiteliales en el desarrollo de los huesos, por más que el autor ha hecho experimentos relativos á este punto.

El autor dice que no ha creído necesario mencionar todos los trabajos que se han publicado sobre la tetania de origen quirúrgico, porque muchos de dichos trabajos no han hecho adelantar casi nada el esclarecimiento de la cuestión á partir de lo que nos habían enseñado Vasali y Generali.

La detención de desarrollo, consecutiva á la extirpación del bocio, es asunto extraño al tema tratado por el autor. La caquexia tetánica no sabemos si es idéntica á la puramente estumipriva. Respecto á la mayor frecuencia de la tetania en las operaciones de bocio hechas en Viena, el autor insiste en las diferentes técnicas dé Billróth y de Kocher que se siguen en Viena y Berna respectivamente, diferencias que explican el por qué en Viena no se respetan tan bien los cuerpos epiteliales como en Berna, siendo esta la causa de que en esta última población sean menos frecuentes los casos de tetania quirúrgica que en la primera de dichas capitales.

Respecto á la levedad de los casos de tetania observados por De Eiselsberg, recuerda el autor que de Frankl-Hochward ha demostrado que siempre se trata de una enfermedad de pronóstico grave.

Es cierto que sólo los cirujanos experimentados deben modificar la técnica operatoria, pero también lo es que las investigaciones anatomo-patológicas les pueden servir de mucho para tal objeto, y en el caso actual, para saber cómo se respetan mejor los cuerpos epiteliales.

Por último, en la comparación de los casos de tetania observados por Kocher y por De Eiselsberg, Clairmont se permitió hacer la suposición gratuíta de que el primero no había incluído en sus estadísticas los casos leves.

Termina el autor manifestando su esperanza de que en lo porvenir nuestros conocimientos referentes á los cuerpos epiteliales habrán de influir mucho en la técnica de la extirpación del bocio y en bien de los que padecen de esta enfermedad.—(*Wiener Klinische Rundschau*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Ocronosis.—La ocronosis, dice el Dr. L. Pick, es una forma de pigmentación melánica. El pigmento se asemeja á la melanina por sus caracteres químicos. La substancia colorante que circula con la sangre es absorbida primero por los cartílagos y tejidos cortilaginosos, pero puede serlo también por el tejido conjuntivo laxo y sus células, las fibras musculares lisas y las estriadas, sin que estos tejidos ó células se debiliten. La pigmentación es más intensa en las partes que han sufrido modificaciones regresivas. El pigmento difuso puede formar secundariamente gránulos. El pigmento en ambas formas carece de hierro y en ciertos casos puede contener grasa. La melanina de la ocronosis es producida por la acción de la tirosinasa sobre la tirosina y la fenilanina. La ocronosis exógena se produce administrando durante largo tiempo pequeñas cantidades de fenol; la endógena es debida también á la acción de la tirosinasa sobre el ácido alcaptónico. La pigmentación ocronósica puede localizarse en las partes externas: orejas, escleróticas, piel de la cara, superficie interna de los labios y de las manos, y constituye un signo diagnóstico. En muchos casos la materia colorante es excretada por la orina que adquiere entonces un color obscuro al oxidarse por

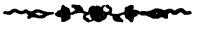
exposición al aire. En los riñones puede haber pigmentación ocronósica difusa de todo el parénquima, y masas granulosas en el interior y en el epitelio de los tubillos rectos; en ciertos casos se forman también quistes epiteliales macroscópicos de contenido negro, eliminándose cilindros renales con pigmento. En ocasiones falta la pigmentación difusa. En los casos de ocronosis limitada á las partes internas, éstos cilindros constituyen un signo patognomónico, igual que la melanuria ó alcaptonuria sin pigmentación externa. — (*Philadelpia Med. Journal*). — F. Toledo.

Sífilis hereditaria de forma ganglionar. — Entre las formas muy variadas con que se puede presentar la sífilis hereditaria, recuerda el Dr. J. Comby aquella en la que no se encuentra más manifestación de la enfermedad que la existencia de ganglios linfáticos muy abultados, á veces de un modo enorme y en algunos casos hasta supurados. Al principio se piensa en una tuberculosis glanglionar, pero recogiendo bien los antecedentes se descubre la verdadera naturaleza de la enfermedad, aunque hay casos en que sólo la revela el éxito del tratamiento mercurial. El mejor procedimiento para administrar el mercurio en estos enfermos consiste en practicar unciones con pomada mercurial doble á la dosis de dos gramos diarios. Como se trata generalmente de niños de corta edad, no se presenta estomatitis.

El autor expone las historias de dos niños de pecho, en los que las adenopatías referidas se curaron completamente con el tratamiento indicado.

(*Arch. de Med. des enfants*).— R. del Valle.

Presentación occipitoposterior. — El Dr. A. W. Rusell aconseja en este caso proceder del modo siguiente: 1.° Cuando el vértice se encuentra por encima del estrecho superior debe imprimirse un movimiento de rotación á la cabeza colocando á la enferma en posición adecuada. Si no se consigue, se practica la versión podálica ó se lleva la cabeza á la excavación con el forceps, favoreciendo la rotación ó se hace girar la cabeza por medio de la manipulación bimanual. El forceps se extrae y se aplica de nuevo si es necesario. 2.° Si la cabeza está encajada en la excavación puede ensayarse la flexión con los dedos introduciendo uno en el recto para rechazar hacia abajo el occipucio. La perforación y la extracción suelen ser necesarias. En muchos casos se consigue imprimir á la cabeza un movimiento rotatorio con el forceps empleado según recomienda Brodhead. 3.° Si la cabeza está apoyada contra el suelo de la pelvis el parto no suele terminar espontáneamente. En un multípara con el periné relajado la extracción con el forceps puede conseguirse en la posición occipitoposterior, pero lo mejor es aplicarle á los lados de la cabeza fetal y favorecer la rotación por tracciones intermitentes. — (*Glasgow Med. Journal*, mayo 1906). — F. Toledo.



REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LAS AZOURIAS DE LOS ADOLESCENTES

POR EL DOCTOR

FEDERICO GONZÁLEZ DELEITO

Del Cuerpo de Sanidad Militar.

Bouchard separó del grupo de las diabetes insípidas lo que él llamó azouria sin poliuria, reconociéndola como variedad digna de una descripción especial y tal vez completamente distinta de todas las restantes azourias poliúricas y de las poliurias anazoúricas. Sin embargo, pocos han llamado la atención posteriormente sobre esta entidad morbosa, y no porque escasearan las observaciones clínicas, sino por ser dolencia en la que destacan más otros síntomas y llaman la atención otras alteraciones de más relieve y que han servido para denominarlas y para explicar su cuadro sintomatológico.

Así vemos á Laveran y Tessier describir entre las fosfaturias esenciales la fosfaturia de los adolescentes, enfermedad poco grave, cuya etiología va unida á las especiales condiciones del desarrollo, unidas á concausas de fatigas intelectuales y genitales, que son acampañamiento muy frecuente de este período de la vida.

Robin describe azourias con fosfaturias y falsas fosfaturias azoúricas, que simulan en muchas ocasiones síndromes neurasténicos y las pone bajo la dependencia de la dispepsia hiperesténica, pero no fija su atención en esta forma juvenil.

Los autores alemanes no hacen mención en sus obras de esta azouria, limitándose algunos á señalar las fosfaturias frecuentes en esta edad.

La existencia de fosfaturia absoluta ó relativa, que esto lo estudiaremos más adelante, la mayor facilidad de un análisis cuantita-

tivo de los fosfatos al del nitrógeno total, la facilidad con que se admiten como dependientes única y exclusivamente de esta fosfaturia, la inmensa mayoría de los síntomas que en estos enfermos se observan, la predisposición del médico á buscar exceso de fosfatos, y no de urea, así como la extrema diferencia entre las azourias poliúricas graves y mortales en breve plazo y estas otras de pronóstico relativamente benigno, lo que contribuye á desorientar el ánimo del observador, son las causas principales de que no se mencionen apenas en los tratados y monografías.

No hemos de extrañar esta diversidad de formas y variedades de azourias que la clínica enseña. Entre el aumento de urea en la orina consecutivo al exceso de ingestión de alimentos azoados y que se observa tan frecuentemente en los que abusan de los placeres de la mesa. A este exceso de ingestión de alimentos debe referirse también la azouria de algunos diabéticos y gotosos, y fácilmente se comprende que cosa tan compleja como resulta todo lo concerniente á la asimilación y aprovechamiento de los albuminóideos, así como su desasimilación, se altere obedeciendo también á procesos múltiples y variados, cambiando por consiguiente en cada caso, á compás de las causas, la forma de la enfermedad, su evolución ulterior, su pronóstico y su tratamiento. Enfermedad mejor constituída como entidad nosológica, cual es la diabetes azucarada, se ha visto sometida á disgregaciones semejantes conforme se ha ido haciendo un estudio completo y detenido del proceso patogénico de esta enfermedad.

Esta diversidad de pronóstico obliga al médico á conocerlas cumplidamente para no alarmarse y alarmar á la familia sin causa fundada, cuando al mandar hacer un análisis completo de orina en un adolescente nos encontremos como resultado una cantidad quizá enorme de urea que nos haga pensar en una azouria de grave pronóstico, marcha rápida y terminación fatal, y al mismo tiempo debe tenerse en cuenta la existencia para buscar en ella la causa de trastornos poco precisos que se clasifican de estados neurasténicos, anemia cerebral, y que obedecen á una desasimilación exagerada.

Dos casos observados por mí recientemente me servirán de guía para la descripción de esta enfermedad.

Observación 1.ª — Joven de dieciocho años, de antecedentes linfáticos, ha padecido en su niñez frecuentes ataques de anginas y otras diversas manifestaciones indicadoras de preponderancia, de tejido linfoideo. Posteriormente frecuentes cefalalgias que se exacerban

con motivo de trabajos intelectuales y tal vez de excesos de onanismo. En estas condiciones y á raíz de una preparación para exámenes, aparecen hematurias frecuentes y repetidas que alarman grandemente á la familia, acompañadas de depresión general de fuerzas y exacerbación de la cefalea.

Reconocido por un colega, dispone éste una preparación de glicerofosfatos arsenicales y cloruro sódico como tratamiento general y apenas tratamiento local, con cuya medicación el enfermo mejora y ve desaparecer las hematurias y recobra algo las fuerzas; pero más tarde vuelve á recaer, y entonces tengo ocasión de observarle.

El enfermo se encuentra algo desnutrido, no obstante su buen apetito; existe algo de bulimia, pues apenas termina de comer se siente con ánimos para repetir con otra comida, pero esta sensación no es lo bastante intensa para obligarle á comer; polidipsia bastante acentuada, las funciones digestivas parecen llenarse normalmente, nada en el aparato respiratorio y circulatorio. La orina se descompone con gran facilidad, dejando un depósito blanquecino y formándose en la superficie una película irisada. Inaptitud para el trabajo y cierta astenia general. El análisis de la orina da el siguiente resultado: reacción alcalina (horas después de su eliminnción, pues al expulsarse de la vejiga, la reacción es ácida); urea, 18 gramos por litro; ácido úrico, 50 centígramos; relación azoúrica normal; fosfatos, 3 gramos 20 centígramos; cloruro sódico, 18 gramos 50 centígramos; nada de albúmina, cristales de fosfato amónico magnésico y de carbonato amónico.

El segundo enfermo era muy análogo al primero; tan sólo se diferenciaban en no existir en éste las hematurias que en aquél existían y en ser un poco más acentuada la azouria, más de 40 gramos de urea por litro, y la fosfaturia, 4'80 gramos por litro. Los síntomas generales eran asimismo análogos, pero aquí llamaba más la atención cierta disnea á los esfuerzos y una bronquitis algo prolongada, que me hicieron auscultar detenidamente al enfermo, sin que apreciara en él ningún indicio de lesion pulmonar. También existían indicios de albúmina.

Ambos enfermos mejoraron bajo la influencia de idéntico tratamiento. Arsenicales, glicerofosfatos y régimen dietético de leche, huevos, carnes blancas, supresión de excitantes, café, té y cierto reposo intelectual y genésico. De estos enfermos, el segundo aún se encuentra en tratamiento, aunque mejorado; el primero hace más de un año se encuentra totalmente restablecido.

Como he dicho anteriormente, Bouchard describió esta diabetes azoúrica señalando su frecuencia en los adolescentes, su escasa gravedad, poca duración, y señalaba sus relaciones con la clorosis. Hacía notar la ausencia de trastornos dispépticos, la constipación habitual y el adelgazamiento rápido y excesivo que presentaban los enfermos. Laveran y Tessier hablan de una diabetes fosfatúrica de la adolescencia, que presenta grandes conexiones con la enfermedad descrita por Bouchard; no paran mientes en la cantidad de nitrógeno y urea eliminados, y sólo se fijan en el aumento de los fosfatos, en la presencia de indicios de albúmina y en la eliminación de un ligero exceso de ácido úrico. Estos enfermos, según Laveran y Tessier, serían artríticos, en los que no tardaría en presentarse la gota ó alguna otra manifestación de la diátesis úrica.

Robin no menciona esta forma de azouria, y limitando las esenciales á la diabetes insípida de forma grave y rápidamente mortal, habla de las sintomáticas, de la hiperestenia gástrica, del artritismo, de las febriles, etc.; pero sin especializar este grupo, que seguramente serían incluídos por él en las azourias sintomáticas de gastropatía ó de artritismo, y al describir aquéllas, da un cuadro bastante completo de esta forma que estudiamos, aunque muy recargado, y en el que aparecen los trastornos gástricos, que aquí son desconocidos. Aparte de esto, y disminuyendo la intensidad de los síntomas, se tendría una descripción completa y acabada de la azouria de los adolescentes con todas sus complicaciones habituales.

***

No es infrecuente esta enfermedad, y creo abunda más de lo que se cree, sólo que no siempre se diagnostica. De anemia cerebral, de neurastenia, etc., se diagnostican muchos enfermos que padecen esta variedad de azouria, y aunque en bastantes casos la orina llama la atención del enfermo y del médico, es para buscar tan sólo la presencia de un exceso de fosfatos, del cual se hacen depender muchas veces todos los demás síntomas generales y del sistema nervioso en particular.

Alteración de la nutrición del organismo, lógico es pensar ha de ser frecuente en hijos y descendientes de artríticos, gotosos y toda clase de enfermos en los que la nutrición se encuentra alterada. Probablemente será una pequeña advertencia de que el artritismo existe en aquel enfermo. Las perturbaciones que el período de la pubertad trae consigo, el enorme movimiento de asimilación y des-

asimilación que entonces tiene lugar, la aparición de nuevas funciones, son ocasiones propicias para que estalle y se desarrolle la azouria. Pueden añadirse, á estas circunstancias intrínsecas al período de la pubertad, las extrínsecas de fatigas intelectuales y genésicas que con tanta frecuencia acompañan á esta fase de la vida, también muy abonadas para favorecer la presentación de esta dolencia. Predisposición del organismo, congénita ó adquirida, para los trastornos de nutrición, fatigas intelectuales y genésicas muy frecuentes, mas todo lo que en el orden nutritivo y de desarrollo orgánico representa ese período tan crítico y accidentado de la pubertad, son las causas que pueden señalarse como originarias de esta enfermedad.

No son de desdeñar las relaciones entre la tuberculosis y la azouria de los adolescentes. Aparte de lo que favorece la explosión de aquélla en terreno previamente desnutrido y en el que las pérdidas son tan considerables, ya otros autores han estudiado las estrechas conexiones de la diabetes insípida y la tuberculosis pulmonar; Seigneurin y Lacroix han publicado interesantes trabajos acerca de este asunto, y aunque ambos autores hablan refiriéndose especialmente á la diabetes hidrúrica y azoúrica, bien pronto veremos cómo muchas veces son sólo diferencias de grado las que separan estas formas, de la azouria sin poliuria que aquí estudiamos. Además de la tuberculosis se han señalado la sífilis y la convalecencia de otras infecciones como causa de esta enfermedad.

En cuanto á la influencia que las neuropatías puedan tener en el origen y desarrollo de esta enfermedad, y en particular sus conexiones con la neurastenia y con el histerismo, éste más bien parece capaz de producir poliurias prolongadas, y la neurastenia, que se ha querido presentar como causa, tal vez sea más acertado considerarla como efecto, según veremos más adelante.

El cuadro sintomático adolece de la falta de precisión que tanto caracteriza á estas alteraciones de la nutrición; así se ve que, en algunas ocasiones, el síndrome urológico parece aproximarse al de las diabetes insípidas, mientras que en otras ocasiones se aleja de ellas, y más bien parecen fosfaturias de las llamadas esenciales. Se encuentra aumentada la urea desde 24 gramos por litro, cifra media normal, á 36, 40 y más gramos; y como no existe disminución en la cantidad total de orina, sino más bien exceso en algunas ocasiones, resulta que la cantidad de urea eliminada es vez y media á dos veces superior á la normal. Se encuentra disminuída la acidez urina-

ria, incluso en el momento de la expulsión, de donde la precipitación del fosfato amónico, magnésico y del carbonato amónico, que en algunas ocasiones existe, no hay apenas aumento en la cantidad de ácido úrico, que si es algo superior á la normal, en cambio es inferior en proporción á la de urea eliminada, lo que indica que la desasimilación no recae sobre las nucleínas ni demás tejidos que dan como resíduo este cuerpo.

Hay grandes variaciones en la cantidad de fosfatos eliminados, pero en general puede afirmarse que si bien existe aumento, y en nuestros enfermos existía, no aumenta en relación con la urea, por lo que A. Robin denomina estos enfermos falsos fosfatúricos; más bien se observa que disminuye esta relación, lo que indica que son los tejidos ricos en fósforo los que más se conservan. En cambio aumenta en grandes proporciones la cantidad de cloruros eliminados; en la primera de nuestras observaciones alcanzaba más de 18 gramos por litro.

Dependen estas variaciones de las materias minerales de la clase de tejidos que sufren de modo más activo el proceso de desasimilación, pues siendo la calidad, cantidad y modo de estar unidas las substancias inorgánicas á las albuminóideas peculiares en cada uno de ellos, es natural que cambie la cantidad y calidad de moléculas inorgánicas puestas en libertad por la desasimilación exagerada, según recaiga la mayor intensidad de este proceso en unos ó en otros. Puede afirmarse, sin embargo, que en la mayoría de los casos las relaciones entre *n.* total y *n.* en forma de urea y entre *N.* total y *Ph.* son normales y á veces esta última inferior á la normal; mas como la falta de acidez en la orina favorece la precipitación de cristales de fosfato amonico-magnésico, así como la aparición de una película superficial irisada constituída por fosfatos y á las veces globulillos de grasa, la fosfaturia así revelada se diagnostica antes, y á veces para ahí el diagnóstico, que corroboran buen número de síntomas generales y un análisis incompleto de la orina.

Los síntomas generales son vagos é indeterminados: cefalalgia de poca intensidad, pero muy tenaz; incapacidad para el trabajo intelectual, que va seguido de una sensación de fatiga, y estenuamiento, abatimiento general, dolores en los lomos, fatiga por el trabajo muscular no muy intenso, constipación, algún trastorno digestivo, aunque no constante, á veces complicaciones en las vías urinarias inferiores, cistitis, pielocistitis, hematurias: he aquí los síntomas que se observan con mayor frecuencia. La bulimia es rara y es sus-

tituída por una sensación de vacuidad gástrica á poco de haber comido, que da al enfermo la creencia de que podría ingerir nueva cantidad de alimentos, pero sin acompañar el deseo de ingerirlos; más frecuente es la polidipsia, aunque tampoco es constante, y acompaña principalmente los casos en que existe una eliminación muy exagerada de los cloruros.

La edad, las fatigas intelectuales y genésicas que la acompañan y el cuadro de abatimiento y debilidad, de verdadera astenia muscular y nerviosa que presentan estos enfermos, hacen que muchas veces el médico poco observador califique de neurastenia la enfermedad; contribuyen á hacer más verosímil este diagnóstico la cefalea, la constipación, los trastornos digestivos, cuando existen. Pero en estos enfermos, si existe astenia, no existe ansiedad, elemento indispensable, con aquél, para que el diagnóstico de neurastenia sea exacto, y esto basta para diferenciar estas enfermedades.

Bouchard hacía resaltar la falta de fenómenos dispépticos en estos enfermos; como casi todas las afirmaciones absolutas, ésta no es exacta, pero del hecho de que la ligera bulimia que presentan, ó cualquier otra causa concomitante produzca una ligera hiperestenia gástrica, no significa que dependa de ésta.

Son frecuentes las complicaciones vesicales; el depósito en la vejiga de fosfatos y carbonatos alcalinos determina irritación de sus paredes y cistitis, algunas veces acompañadas de hemorragias, y la facilidad con que la orina entra en putrefacción, así como los dolores lumbares, tan frecuentes, hacen que el enfermo se crea atacado de una enfermedad renal. Un análisis completo de orina hace conocer la causa del mal, y entonces la cistitis queda relegada á segundo término para el tratamiento.

En cuanto al pronóstico de esta enfermedad debemos decir que es benigno, al menos por el momento; un tratamiento bien dirigido hace entrar pronto todo en orden. Ahora bien; como no se sigue á estos enfermos durante muchos años, es difícil afirmar si este trastorno nutritivo no será revelador de otros más tardíos y graves, cosa no difícil. Por otra perte, el estado de debilidad general en que se encuentran estos enfermos hace que sea preciso vigilar atentamente los más leves procesos infectivos, que adquirirían en ellos suma gravedad; sobre todo, debe vigilarse atentamente el estado de los pulmones: una tuberculosis en ellos sería rápidamente mortal.

La primera indicación que es preciso llenar es el reposo del en-

fermo; muchas veces por sí sola basta para obtener un resultado bastante satisfactorio; moderando los cambios nutritivos, obra contra la causa del mal y reduce la intensidad de los fenómenos de desasimilación orgánica; como, por otra parte, toda clase de esfuerzo de una fatiga intensa el enfermo por sí propio pone en práctica este remedio. Hay que luchar algunas veces con las preocupaciones de los que los rodean y de algunos médicos poco observadores que recomiendan al paciente una vida activa y de sucesivas y frecuentes ocupaciones, con objeto de distraerle y entonar sus fuerzas; con esto sólo conseguiríamos agravarlo.

Junto con el reposo es preciso instituir una alimentación reparadora, eliminando los alimentos ricos en carbonatos alcalinos, patatas frescas y otros que pudieran entretener esa litiasis alcalina que hemos señalado anteriormente. Al mismo tiempo se impone una medicación que refrene la desamilación, y en este concepto al arsénico corresponde el primer lugar. Moderador de los cambios íntimos nutritivos, desde las primeras dosis se advierten sus beneficiosos efectos; puede administrarse en forma de gránulos de ácido arsenioso, mejor tolerados siempre que los licores de Fowler, Peasson, etcétera, ó bien en combinaciones orgánicas, cacodilatos, arrhenal, que permiten hacer ingerir mayor cantidad de medicamentos sin producir efectos tóxicos.

Junto al arsénico pueden colocarse los hipofosfitos y los glicerofosfatos, no á título de medicamentos que suministren fósforo, cosa dudosa, como el arsénico, para evitar metabolismos muy activos; el mismo Robin, que tanto ha preconizado los glicerofosfatos, sólo les asigna el valor de restringir las pérdidas de fósforo del organismo, no el de reponerlas.

La valeriana, que á Trousseau proporcionó tantas mejorías, también podría ensayarse, así como el opio, que también modera los cambios nutritivos.

En cuanto á las complicaciones vesicales, cistitis, hematuria, etc., emplearemos un tratamiento paliativo y sintomático, pensando que sólo la desaparición de la causa puede dar lugar á una curación completa y absoluta.

Por último, estimaremos que estos enfermos son futuros artríticos y les daremos reglas de higiene que les pongan al abrigo de cualquier ulterior ataque, que seguramente no tendría la benignidad de esta primera manifestación.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Tuberculosis y lavados de ropas; higiene de los lavaderos.—II. La lactancia y las infecciones é intoxicaciones. — III. Asilo-Escuela de Bicêtre: educación de idiotas, imbéciles, etc. — IV. El albayalde y los pintores. — V. Psicología de los coloniales en regiones calientes. — VI. Amenorrea y matrimonio.

I. Nada más vulgar hoy que la idea de que ciertas profesiones exponen á la tuberculosis, figurando entre ellas, como de las principales, el lavado de ropas y cuantas manipulaciones tienen que ver con las procedentes de tísicos. Esta creencia está arraigadísima en España y otros países. A pesar de esto, S. Bernheim y A. Roblot, en un artículo (*Tuberculose et blanchisserie. Le linge sale cause de contagion tuberculeuse.—La Médecine orientale*, 1906), se llaman los *primeros* que han denunciado (Congreso de Medicina, París, 1905) el peligro de los lavaderos, fundándose en el hecho, seguramente cierto, de que son muchos los que lavan ropas que acuden á los dispensarios que tiene establecidos en París la Obra de la tuberculosis humana, en las malas condiciones de los lavaderos, sólo remediables instituyendo establecimientos industriales en que se haga bien el transporte y la desinfección.

Poco después (octubre de 1905) Landouzy hablaba del mismo asunto. Decía que la tuberculosis de los lavanderos sólo por excepción era quirúrgica: larvada algunas veces, de ordinario clásica, reside de preferencia en las vías respiratorias y tiene curso agudo. Ataca á más del tercio de las 1.202 lavanderas y repasadoras y á menos de la mitad de los lavanderos. La mortalidad es grandísima: de 238 profesionales de uno y otro sexo, muertos durante un quinquenio en el Hospital Laënnec, 143 sucumbieron á la tuberculosis. En 1903, en dicho hospital la morbosidad tuberculosa fué de 697, de los cuales 71 lavaban ropa; la mortalidad total fué de 582 para todos los oficios y enfermedades, la tuberculosa de 215, la general de lavanderos y lavanderas de 37 y la tuberculosa de éstos de 29. Parecen los hombres más atacados que las mujeres: de 50 lavanderos

muertos, 38 lo fueron por tuberculosis (75 por 100), y de 187 lavanderas hubo 105 que fallecieron tuberculosas (58 por 100).

Foá, de Milán, ha narrado cinco casos de inoculaciones locales en lavanderas, en forma de nódulos tuberculosos, tuberculomas, que valen tanto como hechos experimentales.

H. Blocq y Plicque (Congreso de Higiene social de Arras), han citado numerosos casos de contagio por el mobiliario de tísicos. En los que conducen muebles y otros objetos al Hotel de Ventas, á pesar de ser gente fornida, hubo en los últimos veinte años el 72 por 100 de muertos por tuberculosis. Las profesiones más expuestas (médicos, 14 por 100; hermanas hospitalarias, 27; enfermeros, 58) no llegan á tanto. En las lavanderas, á lo menos en las que trabajan al menudeo, la mortalidad quizás sea tan elevada como en los enfermeros.

Expuestos estos hechos, S. Bernheim y A. Roblot emprenden una severa crítica del decreto (4 de abril de 1905) del Ministerio de Comercio (Francia), por el que se reglamenta la industria del lavado, y sobre todo, la manipulación de la ropa sucia en los talleres de lavado.

Art. 1.° Obliga á los directores de los lavaderos á que adopten medidas de protección y salubridad.—Esto es fácil en los grandes establecimientos; pero en los pequeños y particulares, ¿cómo se hace y á quién se obliga?

Art. 2.° Impone el deber de que las ropas sucias ingresen en sacos, envoltorios ú otros recipientes cerrados cuidadosamente durante el transporte. — Esto es fácil de decir, pero no se determina el modo de efectuar la vigilancia ni la penalidad. Debiera haber un modelo uniforme.

Art. 3.° Previene que antes de sacar las ropas se haga la desinfección ó la ebullición en solución alcalina, y á falta de éstas sea regado el contenido para que no se desprenda polvo y desinfectados ó lexiviados los recipientes. Si las ropas proceden de hospitales ó establecimientos análogos, la desinfección es obligatoria. — ¿Cómo hacer esto en las industrias pequeñas y en el domicilio particular?

Art. 4.° Se impone á los dueños el deber de que provean de sobretodos á los operarios que manejen la ropa sucia, de que los tengan en buenas condiciones y sean lavados con frecuencia y de que no contacten con los departamentos limpios, ni con la ropa lavada. — Puede decirse lo mismo.

Art. 5.° Prohibe manipular ropa sucia no desinfectada ó lexivia-

da en las salas de repaso ó en donde haya ropa lavada.—Esto exige departamentos que no existen.

Art. 6.° Las aguas de enjabonar y enjuagar deben ser conducidas fuera del taller por conducto cerrado.—La misma crítica.

Art. 7.° Se fijará en sitio muy visible un reglamento que prescriba el uso de vestidos de trabajo, la limpieza del personal antes de salir del taller y que no se coma en los departamentos destinados á la ropa sucia.—Idem íd.

Art. 8.° Fija en seis meses la fecha para empezar á cumplir este decreto y en tres años la del cumplimiento de los arts. 5.° y 6.°—Plazo largo en demasía, dado el peligro.

Seguramente hay en este decreto tendencia plausible, pero es parsimonioso, incompleto y no establece penalidad.

La ropa sucia debe ser depositada en cajas de hojadela ó en sacos bien cerrados, que se recojerá á domicilio y que se devolverá desinfectados.

Al llegar al establecimiento la ropa sucia, será desinfectada, siendo preferible hacerlo antes de sacarla.

El departamento de llegada y de desinfección debe estar separado por completo de todos los demás.

Destinar unos coches al transporte de la ropa sucia, que serán desinfectados después de cada viaje, y otros al de la ropa limpia.

Estas condiciones son las que proponen Bernheim y Roblot para los talleres de cierta importancia. Mas lo higiénico sería, como se hace con otros servicios, establecer lavaderos industriales ó municipales, bien dotados y dispuestos, únicos en que es posible llevar á buen término los preceptos profilácticos. Si se desinfecta la casa y los muebles, ¿por qué no iguales medidas antes de entregar la ropa sucia, cuya acción nociva está demostrada con exceso?

II. De antiguo viene la idea de que la lactancia obra menguando la resistencia orgánica á las enfermedades; pero hasta ahora no se había escrito un trabajo de conjunto, fundado en datos clínicos y experimentales. G. Vitry ha cumplido en buena parte esta tarea con su tesis de París: *Physiologie de la nourrice.*

La nodriza sufre en su modo de ser normal una serie de modificaciones, siendo las más importantes las que presenta el hígado: histológicamente, sufre sobrecarga grasosa; funcionalmente, está alterado en todos conceptos, como demuestra, para la glucogénesis, la glucosuria alimenticia, para la antitoxis, lo que ocurre con la nicotina, para la adipogénesis y para la uropoiesis, los trastornos ca-

racterísticos. La sangre también cambia: ligera disminución del número de los hematíes y leucocitosis, apreciable con predominio de los mononucleares; otro hecho notable es la lactosuria, debida á la absorción de la lactosa por el epitelio mamario, que produce aumento de azúcar en la sangre. Además, es más lenta la nutrición general, el coeficiente azotúrico es inferior al normal, los fosfatos son eliminados en exceso y es menor la alcalinidad de la sangre.

En estas condiciones orgánicas, ¿disminuye la resistencia á los agentes patógenos? Así lo demuestran la experimentación y la clínica: aquélla, probando que las hembras en lactancia son más sensibles á los venenos (estricnina), y á ciertos microbios (piociánico, neumococo, bacilo de Koch), y ésta, sin que haya estadística que lo compruebe todavía, revelando que el organismo es menos resistente á la infección puerperal, pulmonía, paludismo, difteria, etc. Respecto á la tuberculosis, la lactancia parece favorecer su aparición en los individuos predispuestos y acelerar su evolución en los ligeramente atacados.

III. So pena de hacer, como en Esparta, el sacrificio de los deformes de cuerpo y espíritu, de esos no-valores sociales, y en tanto llegamos á mejores tiempos de la higiene práctica en que se evite el génesis de esos seres, mediante la cultura de las masas, la guerra al alcohol, la protección á la embarazada, etc., hay que preocuparse de ellos. Bourneville lo ha hecho en gran manera y una de sus obras, el Asilo-Escuela de Bicêtre, merece sincero aplauso. No es de temer que al ser jubilado el gran neurólogo (1.° de enero de 1906), se extinga la inmensa labor realizada. De un trabajo de Fouveau de Courmelles (*Ann. de Méd. et de Chir. infantiles*, 1906), aprovecho datos para dar á conocer esa especial escuela de idiotas ó atrasados, que han conseguido en ella ser gente útil, trabajadora, en vez de pesada carga social.

El sábado es el día de visita médica, y el viernes se destina á consulta.

A las nueve y media de la mañana, sesión de gimnástica y baile: muchos niños deprimidos, indiferentes, sin expresión, tontos, toman parte activa, armónica, en estos movimientos y cambian durante ellos de aspecto. Esta gimnasia los desarrolla, contribuyendo no poco á la reforma la administración de la glándula tiroides á los mixedematosos. Con la radiografía se averigua los que no pueden sacar provecho de esta gimnasia, es decir, los que tienen soldadas las articulaciones vertebrales.

Si no curables, todas las invalideces son mejorables, y se pueden hacer útiles á los individuos para el trabajo. Los ciegos trabajan, y en Bicêtre hacen sillas é instrumentos de música; los sordo-mudos leen y se instruyen en multitud de asuntos. Hay todos los oficios, y en las salas de trabajo cada objeto tiene puesto su nombre en gruesos caracteres para que se fije bien en sus cerebros, cuyo despertar se inicia. De este modo, resultan poco onerosos á la Administración.

A algunos se les ha de enseñar todo: comer, beber, lavarse, hacer sus deposiciones naturales; los muy sucios llegan á ser semisucios, y éstos, se convierten en limpios; todos estos progresos son obra de una gran constancia y de repeticiones contínuas. Para fijar, por ejemplo, la idea de una cuchara, se la enseña, se la dibuja, se escribe el nombre, etc. A los mejores se les pone de jefe de grupo, especie de monitores, y, ellos, por educación mutua, van mejorando á los demás. La emulación es un poderoso recurso. En verdad, es prodigiosa la iniciativa desplegada para hacerles comprender el peso, los colores, la escritura, etc.

Poco á poco se van desarrollando el cerebro y las aptitudes, y la cara da cuenta, con su distinta expresión, de la metamórfosis realizada.

¿Por qué se nace idiota? La herencia no es la que más interviene: el cansancio, las enfermedades, la embriaguez, las excitaciones, los estados emocionales, son más culpables, y así brotan de padres sanos hijos débiles, enfermizos, degenerados, tarados, neurasténicos, predispuestos, dementes, monstruos..... En el acto de la concepción no preside elemento favorable alguno, como no sea obra del acaso. Durante el embarazo no todo es próspero para el hijo. Así se producen los idiotas y otros. Sacudiendo Dareste los huevos durante la incubación ha obtenido pájaros teratológicos.

La enseñanza metódica es el mejor remedio, la mejor atenuación de las degeneraciones. Se procede de lo simple á lo compuesto, de lo local y circunscrito á lo regional y más extenso; las lecciones de cosas al aire libre son la base de la reforma, desde, por ejemplo, la semilla á la planta, al jardín, procurando que el alumno lo realice por sí mismo; desde el gallo y la gallina al huevo, al pollito, etcétera. La linterna mágica y las proyecciones de letras, de sílabas, cuyos sonidos se repiten muchas veces; el dibujo es un poderoso auxiliar.

Las mujeres son más educables que los hombres.

La ducha tónica es diaria, y el baño general una vez á la semana. No se obliga á ellos, pero la presencia sistemática de los rebeldes acaba por reducirlos.

Los bronquíticos y tuberculosos incipientes son aislados sin demora.

IV. Un poco más y el albayalde es inocente para los pintores. El Senado francés nombró una comisión para estudiar los efectos de dicha substancia, y el Dr. Treille ha presentado un informe, cuyas conclusiones vienen á decir:

De 174 pintores asilados, por diversos motivos, en los hospicios de Francia en 1904, sólo 27 tenían lesiones reputadas de origen profesional.

Suponiendo que sean otros tantos los pintores no hospitalizados, está muy lejos la intoxicación plúmbica de ser lo frecuente que se cree.

Está por demostrar que los pintores tengan una mortalidad excesiva por razón del oficio.

La mortalidad saturnina para toda Francia, contando con gran exageración, es de 10 cada año, es decir, un muerto por 7.000 ú 8.000 pintores.

V. Escande, de Messières, ha publicado un *Essai sur la psychologie des coloniaux*, en que destaca bien la acción del calor sobre el estado mental.

En pocas páginas muestra la acción lenta y nefasta del *demonio térmico*, que anemia el cerebro del blanco, hipertrofia el hígado y el bazo, y congestiona el tubo digestivo y los riñones. Poco á poco se extingue la salud. El insomnio, la fiebre, el calor que aplana, la pestilencia de los establos y aguas sucias, la forzada ociosidad de los *blockhaus*, la inmensa desolación de esas regiones malditas, malean las constituciones más robustas y convierten los hombres fuertes en precoces viejos, de tinte pálido, arrugados y amarillos como limones estrujados. El organismo se desmineraliza, se hiperestesia el sistema nervioso y la conciencia se ennegrece pronto al fuego del ecuador.

Todos los coloniales están más ó menos afectos: los unos, los de temple mejor, reaccionan, se adaptan al medio, hacen callar sus viejos recuerdos y sacan partido del presente; los otros, los débiles, los soñadores, esclavos del pasado y de las costumbres, no se habitúan al aislamiento y caen en el marasmo y el fastidio.

En estos desalentados, va aumentando la anemia cerebral, exal-

tándose el yo y los sufrimientos, hiperestesiándose los deseos sexuales y las pasiones anormales, hipertrofiándose el yo y las prerrogativas del grado.

Es tal la intoxicación de la idea, que el menor hecho vulgar adquiere proporciones gigantescas y es la fuente de esas ferocidades inexplicables del centro africano, de esos asesinatos misteriosos, de esas revueltas que espantan. Nada detiene á estos agotados, á estos delirantes en estado de vigilia, víctimas del clima debilitante de los trópicos, con frecuencia exaltados por el alcohol ó el opio.

Debiera cuidarse mucho de evitar la remisión de soldados no selectos y debiera cuidarse de su salud física y moral, huyendo de la ociosidad como del agotamiento, cuidando de la alimentación, previniéndoles de los riesgos del alcohol y del opio y repatriando á todos los envenenados con los agenjos, á todos los intoxicados que el sol convierte en locos.

VI. En la tesis del Dr. Rémi Vidal (*Aménorrhée et mariage*, Burdeos), entre otras cuestiones se trata de responder á esta pregunta: mi hija no está reglada, ¿pueden aparecer las reglas? ¿puede casarse? Sólo el examen de los órganos sexuales es capaz de resolver el problema.

Joven sana, proporcionada, con glándulas mamarias desarrolladas, pelvis de buena conformación, órganos sexuales externos, hendidura vulvar permeable, vagina permeable, existencia del útero y fenómenos congestivos periódicos en la pelvis. Es probable que haya ovarios y haya ovulación, á pesar de la anemia del flujo menstrual. Esta joven podrá cumplir sus deberes conyugales y es muy posible que la excitación provocada por el coito desempeñe el papel de excelente emenagogo. Además es sabido que sin reglas puede haber fecundación con tal que haya ovulación. En este caso es realizable el matrimonio, pero la delicadeza impone dar cuenta al futuro esposo del hecho.

Falta de menstruación, ausencia ú obliteración de la vagina; de existir el útero, ciertas señales pueden revelar la ovulación y hasta que la sangre se acumula en la cavidad uterina. Si una operación no puede vencer el obstáculo vaginal, abrir paso á las reglas y á las relaciones sexuales, el matrimonio no debe ser aconsejado.

Falta de reglas, vagina y matriz. Negativa absoluta (Raciborsky).

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.

I. Técnica de los análisis químicos médicos é industriales, de productos alimenticios y farmacéuticos, por B. Tarbouriech, traducido al castellano y adicionado con gran número de notas, por el Dr. D. Joaquín Olmedilla. Un tomo en 16.°, de 560 páginas, con numerosos grabados. Bailly-Baillière é hijos, editores. Madrid, 1905.

II. Estudio sobre el modus faciendi, por Ernesto Cordonnier, con prólogo y notas de N. Durán Desunvila. Un folleto de 12 páginas. Mataró, 1904.

III. El oxígeno, nuevo método de preparación en los laboratorios farmacéuticos, por N. Durán Desunvila. Un folleto de 12 páginas con grabados. Mataró, 1905.

IV. Apuntes clínicos de una epidemia de tifus exantemático, por el Dr. Don Santos Rubiano. Un folleto de 14 páginas. Madrid, 1905.

I

Esta obra, de carácter eminentemente práctico, está hecha con el objeto de servir de guía á los médicos y farmacéuticos en los análisis químicos que tengan necesidad de practicar, y representa el fruto de una larga experiencia de laboratorio, donde en el transcurso de muchos años, se han ido aquilatando las ventajas y poniendo de manifiesto los inconvenientes de casi todos los procedimientos analíticos recomendados hasta ahora.

Sin perder nunca de vista el fin particular que persigue y las condiciones especiales de la clase medico-farmacéutica, para quien fué hecho, el libro que analizamos está escrito con gran concisión y sencillez de lenguaje, procurando no incurrir en tecnicismos poco comunes, recomendando en primer lugar los procedimientos más fáciles y más rápidos, y prescindiendo, en todo lo posible, de operaciones que exijan el empleo de complicados aparatos ó la práctica de manipulaciones difíciles y delicadas.

El autor sabe muy bien que, por regla general, los médicos y los farmacéuticos carecen de laboratorios de análisis establecidos en locales bien acondicionados y provistos de todos los aparatos necesarios; asimismo, no ignora que, por falta de práctica, tropiezan casi siempre con invencibles dificultades al llevar á término las más

sencillas operaciones de química general, y como todos estos inconvenientes suelen ser la causa de que en el ejercicio de la profesión se prescinda casi por completo de la poderosa ayuda que tanto los análisis clínicos, como los higiénicos y farmacológicos, pueden proporcionarnos, pone particular empeño en remediar tan lamentables deficiencias, simplificando todo lo posible no sólo el instrumental, sino también el proceder operatorio, describiendo con especial cuidado las operaciones fundamentales que se han de repetir después, del mismo modo, en todos los análisis; prescindiendo casi en absoluto de fórmulas químicas y de explicaciones técnicas, huyendo con muy buen acuerdo del pernicioso sistema de la multiplicidad de métodos, es decir, del más apropiado para confundir y desanimar á los principiantes, poniendo ejemplos de todos los cálculos que son necesarios en los análisis volumétricos, explicando con gran lujo de detalles la manera de preparar los principales reactivos y describiendo, en fin, para cada operación un solo método, pero después de haberse convencido por medio de repetidos ensayos, de que es el que reúne mayor sencillez de ejecución y mayor exactitud y seguridad de resultados.

La primera parte de tan interesante libro está dedicada á las operacioness generales de laboratorio, haciendo un estudio muy detallado de las pesadas, medidas de volumen, medidas de los gases, determinación de densidades, filtración, precipitación, evaporación, desecación, carbonización, calcinación, cálculo de los análisis ponderales y volumétricos, y preparación de reactivos indicadores, generales y especiales. Este último capítulo es verdaderamente notable, no sólo por el gran número de reactivos descriptos, sino por el especial cuidado y profusión de detalles con que está expuesta la manera de prepararlos y la técnica especial de su comprobación y valoración.

En la segunda parte se ocupa del análisis cualitativo general, comenzando por describir las reacciones características de las bases y de los ácidos, para seguir después con el estudio de las que ponen de manifiesto á los principales ácidos y sales orgánicas, sin olvidar los alcaloides medicinales y algunos glucósidos y cuerpos neutros empleados en terapéutica.

En la tercera, no se trata de otra cosa que de los análisis industriales, acidimetría, alcalimetría, análisis de los abonos, de las tierras, de las potasas comerciales, del estaño, de los minerales de hierro, de las monedas, de las aguas industriales, de los alcoholes y

aguardientes, de los azúcares, de los jabones, de las sales y de otros muchos productos análogos.

La cuarta está dedicada por completo al estudio de los análisis de las substancias alimenticias, vinos, cervezas, sidras, vinagres, leche, aceite de olivas, manteca, agua potable y harinas: continúa ocupándose en la parte siguiente, de los análisis médicos relativos á los productos normales y patológicos (orina, cálculos, jugo gástrico, etc., etc.), y termina describiendo en el capítulo VI, los ensayos y valoración de las drogas más usuales y de los productos farmacéuticos más generalmente usados.

El Dr. Olmedilla, cuyas excepcionales condiciones de escritor elocuente y correcto, vastísima ilustración profesional y laboriosidad infatigable, son bien conocidas de toda la clase medico-farmacéutica española, ha enriquecido el libro que analizamos con gran número de interesantes notas, ampliando en ciertos casos las descripciones del autor, consignando algunas veces las enseñanzas deducidas de su propia experiencia, y exponiendo en otras muchas su opinión particular sobre determinados asuntos técnicos.

II

Creemos que el Sr. Cordonnier, de nacionalidad francesa y preparador de la Escuela Superior de Farmacia de París, ha prestado un importante servicio á la literatura médica española, dando á conocer el curiosísimo libro *Modus faciendi*, escrito en la primera mitad del siglo XVI por el sabio farmacólogo sevillano Fray Bernardino Laredo.

El Sr. Durán Desunvila ha redactado para este folleto un prólogo muy interesante, describiendo á grandes rasgos el estado de progreso en que por aquella época se encontraban las Ciencias Médicas en nuestro país, y ha adicionado buen número de notas, ampliando ó comentando diversos pasajes del trabajo de Cordonnier.

Reciban uno y otro nuestra más cordial felicitación por tan simpática obra.

III

Se describe en esta monografía un nuevo método de preparación del oxígeno por medio de la oxilita, que tiene la ventaja de producir dicho gas químicamente puro, con muy poco coste, y sin necesidad de manipulaciones largas y delicadas, ni de aparatos complicados y costosos.

Después de algunas generalidades sobre los progresos efectuados

por la química en estos últimos años, expone el autor los principales caracteres del oxígeno; estudia más detenidamente los diversos procedimientos que se han recomendado, hasta ahora, para obtenerlo; describe con toda clase de detalles el de Taubert, sin olvidar una explicación muy minuciosa de la forma y manejo de los aparatos necesarios, y termina con la exposición de ligeras nociones sobre el empleo del oxígeno en terapéutica.

IV

El Dr. Santos Rubiano, médico primero de Sanidad militar, nos presenta en el pequeño folleto de que se trata, un estudio clínico muy interesante de varios casos de tifus exantemático ocurridos en la guarnición de Melilla, durante el mes de octubre de 1901, con especial indicación de los caracteres particulares de esta epidemia y del tratamiento farmacológico empleado.

El trabajo de tan distinguido compañero está muy bien escrito y demuestra, no sólo los grandes conocimientos científicos del autor, sino también sus relevantes condiciones como observador y como clínico.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Pseudo-anquilodactilia congénita con falta de la falangeta de ambos meñiques. —En la *Medicina de los Niños*, de Barcelona, el Dr. D. Luis Moragas Pomar, publica el caso clínico relativo á una niña de cinco semanas, sin antecedentes morbosos propios, ni de sus padres; el embarazo de la madre fué en extremo normal, lo mismo que el parto. Pocos días después del nacimiento notó su madre que los dedos de las manitas de la niña no tenían el movimiento de flexión propio de las de su edad; sus dedos aparecían envarados; en vista de ello acudieron á su consulta, y examinándola detenidamente, noté los fenómenos siguientes: á la inspección visual de ambas manos se observa que los dedos meñiques son más cortos que los de otros niños de la misma edad; igual observación puede hacerse, si bien menos acentuada, en los anulares; además, todos los dedos de las manos, excepción de los pulgares, son más delgados de la punta que del resto, faltando á la vez las arrugas propias de la articulación falángica-falangética.

Los movimientos espontáneos de las articulaciones de los dedos son cu-

riosísimos, pues sólo se verifican los metacarpo-falángicos (flexión-extensión) y los falangético-falangino, exceptuando los dedos anulares, que casi están envarados del todo.

Al imprimir artificialmente movimientos de extensión y flexión comprobó la falta de movimientos en las articulaciones mencionadas, y á la vez se cercioró de que faltaba en ambos meñiques la falangeta, quedando sólo las articulaciones metacarpo-falángica y falángica-falangina.

La aprehensión de los objetos se hace actualmente por la flexión en ángulo agudo ayudada por el pulgar, es una pretensión grosera; en la parte muscular no hay atrofia, y por lo tanto, existe la fuerza proporcional á la tierna edad.

Dada la rareza del caso, que califica de pseudo-anquilodactilia congénita, con ausencia de la falangeta de ambos meñiques, lo ha presentado en el Instituto Medico-Farmacéutico, en donde ha sido examinado con atención, y acogiendo sus indicaciones los Dres. C. Comas y A. Prió, han sacado una instructiva radiografía de sumo interés, con cuyo examen nótase en primer término la falta en los dos meñiques de las falangetas, existiendo solamente la falange y la falangina, y sólo se llega á apreciar un pequeñísimo punto de osificación en el dedo anular derecho; la normalidad y proporcionalidad de los metacarpianos y falanges, mientras que las falangetas de los dedos índice y anular se hallan sumamente aproximados á las falanges, no dejando casi espacio transparente articular como sucede en los dedos pulgares y en los espacios falangino-falangéticos de los citados dedos; también es digno de notar la unión en la mano derecha de los huesos de la muñeca, grande y ganchoso; como se ve, pues, por la radiografía, el diagnóstico por él sentado en parte se confirma, es decir, hay ausencia de las falangetas de los meñiques, así como se nota falta completa en el dedo anular izquierdo y sólo un minúsculo punto de osificación en el derecho; en los demás dedos se notan los tres segmentos óseos separados por tejido transparente, indicio de articulación, mas en los dedos índice y medio este espacio es poco manifiesto, y como sólo al cabo de algún tiempo después del nacimiento aparecen los puntos de osificación epifisarios, hasta entonces no podrá asegurarse por modo concreto si la articulación está bien constituída ó si llegará á soldarse, cosa que cree probable dada la condensación del tejido cartilaginoso que se observa en la articulación, pues á pesar de los movimientos forzados y masaje á que está sujeta la niña, no se observan indicios de movimientos, en especial en los dedos índices y medios; sin embargo, han adquirido más agilidad los movimientos de flexión y extensión metacarpo-falángicos y falangéticos-falanginos; no obstante, cree no debe abandonarse dichos medios, pues dada la escasa edad de la niña y el no estar completado el desarrollo articular, puede con paciencia llegarse á obtener algún resultado, cosa no probable, mas si tal sucediera quedaría la niña imposibilitada para hacer trabajos delicados á causa de la incompleta aprehensión, así como el coger objetos cilíndricos de algún tamaño y peso por no poder curvar los dedos en forma de garra; sin embargo, por la educación y una gimnasia bien dirigida se consiguen prodigios, y este caso es de los que se prestan á ello. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 24 de Julio de 1906 (1).

Emigración y salud pública. — Los Dres. CHANTEMESSE y BOREL: Vamos á demostrar hoy con qué facilidad un emigrante enfermo atraviesa la frontera terrestre, y los peligros á que exponen á Marsella los emigrantes orientales que en ella permanecen algún tiempo.

I. *Frontera terrestre y viaje en ferrocarril.* Dos ejemplos bastarán: 340 emigrantes partieron en tren especial de Czernowitz (Austria), y después de seis días sin reposo, llegaron el 9 de mayo último á la estación del Este; del vagón salió el cadáver de un niño; el diagnóstico de la causa de la muerte que hizo el médico de la estación fué el de «miseria fisiológica»; hasta Pantin no se supo que hubiese muerto dicho niño; ¿qué hubiera ocurrido si la enfermedad á la cual sucumbió hubiese sido el cólera? Hace pocos meses 100 emigrantes de nacionalidad alemana, atravesaron la frontera francesa en Belfort, y llegaron á Marsella tan alarmados y en malas condiciones que se amotinaron, y se les tuvo que llevar rápidamente á bordo y se les sirvió de comer, con lo cual se calmaron. Si esto llega á ocurrir el año pasado, cuando el cólera reinaba en Alemania, es muy probable que algunos de los emigrantes lo hubiesen contraído en el camino.

II. *Procedencia de los emigrantes de Marsella y su estancia en esta población.* Los emigrantes que llegan á Marsella, en número de unos 1.500 por año, son principalmente griegos, sirios y armenios; embarcan en las diversas escalas de levante y en este momento no son, desde el punto de vista de la ley francesa, emigrantes, sino simples pasajeros del puente, donde se les tiene sin abrigo, sin resguardo, amontonados, etc. El médico de sanidad marítima pasa una visita más ó menos sumaria á esa masa de individuos acumulados en el puente, el buque parte y la travesía se verifica sin dificultades, á no ser que reinando el cólera en Siria se declare una epidemia entre dicha gente, sin haber nada á bordo para conjurar este peligro. ¿Cómo viven estos emigrantes durante su estancia en Marsella? Después de fracasar filantrópicas intenciones, viven como vivían años atrás, en hospederías reducidas y malsanas. De una investigación hecha en abril por uno de nosotros resulta, por ejemplo, que habiendo muerto unos meses antes el propietario de una de estas hospederías, se había instalado en ella un sucesor que ni siquiera había hecho su declaración á la policía; nos declaró que tenía en su casa 60 emigrantes y nosotros contamos 127 de todas nacionalidades, sirios, armenios, persas, etc. Las habitaciones mayores medían 11 metros de largo por 4'20 de ancho y 3 de alto, contenían de 18 á 20

(1) La sesión del día 31, última del curso actual, se levantó en señal de duelo por la muerte del Dr. Brouardel.

emigrantes; afortunadamente las puertas y ventanas casi todas estaban rotas, lo cual permitía que el aire fuera menos irrespirable; en toda la casa no había más que un retrete. En todas partes reinaba la mayor suciedad y las escaleras estaban todas mojadas de orina. Al preguntar al propietario qué hacía con los enfermos, contestó que avisaba á la inspección de policía, si juzgaba que la enfermedad valía la pena. Si algún día se delarara el cólera en una hospedería de esta clase, no es dudoso que la mayoría de los habitantes de la misma y de las casas vecinas *serían rápidamente víctimas* del padecimiento. La conclusión de esta nota no debe ser la petición de una reforma local, sino la de estudiar las opiniones emitidas por la Academia de Medicina hace algunos meses respecto á la necesidad de reformar enteramente nuestra legislación acerca de la emigración, que data de medio siglo.

De la asistencia médica en Indo-China. —El Dr. Kermorgant: La primera preocupación de la Administración ha sido la de asegurar desde el principio los socorros médicos á los diferentes personales civiles y militares, tanto europeos como indígenas, que ella empleaba. Después de la pacificación completa de todo el país, se han extendido las obras de asistencia á todos los indígenas. Para preservar á éstos de las enfermedades que les diezman, se ha fundado todo un sistema de vigilancia, no sólo en las fronteras marítimas y terrestres y en los caminos de penetración, sino que también en el interior, creando correos médicos y construyendo hospitales de aislamiento, llamados *lazaretos interiores*. Se han enviado médicos á los consulados de China y Siam, los cuales prestan muy grandes servicios á nuestras colonias del Extremo Oriente, porque les enseñan la marcha de las epidemias en los países vecinos y les permite de este modo tomar á tiempo las medidas necesarias para preservarse de ellas. Además, los cuidados que prestan á los indígenas de estos países constituyen un excelente medio de influencia sobre estas diferentes poblaciones. También se han fundado institutos, centros de vacunación, laboratorios de investigaciones, establecimientos que no sólo se ocupan de las enfermedades propias del hombre, sino que también de las que padecen los animales. Las aguas de la alimentación también han sido objeto de profundos estudios, y gracias á las maternidades creadas en Cochinchina, la mortalidad infantil ha disminuído sensiblemente.

(*Se suspenden las sesiones hasta el mes de octubre*).—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 25 de Julio de 1906.

Amasamiento del corazón. — El Dr. Rochard: En la última sesión el Dr. Mauclaire, á propósito del amasamiento del corazón, sobre todo en los casos de colapso clorofórmico, indicó que las inyecciones de líquidos irritantes hechas en los vasos gruesos del cuello han sido eficaces en los animales, pero inútiles en el hombre. Estoy completamente de acuerdo con él en lo que se refiere á las inyecciones, pero creo que para el amasamiento

del corazón la mejor vía es la infradiafragmática, porque en un momento puede abrirse el abdomen y aplicarse la mano sobre el corazón.

El Dr. Mauclaire: Este procedimiento merece ser empleado, pero no por eso debe suspenderse el estudio de las inyecciones intravasculares.

El Dr. Thiéry: Existe otro medio del que nadie se ha ocupado en esta discusión; es la traqueotomía seguida de la insuflación directa de aire en los pulmones. Este procedimiento merece ser ensayado, puesto que con él se obtienen éxitos cuando menos en las dos terceras partes de los casos.

Pericolitis adhesiva estenosante. — El Dr. Potherat: Voy á ocuparme de un caso comunicado por el Dr. Delangre. La enferma, de veintiún años, sin antecedentes morbosos, padecía desde hacía bastante tiempo crisis dolorosas abdominales. Estas crisis se repetían cada tres meses é iban acompañadas de vómitos. El vientre estaba abombado, los dolores eran difusos, no había localización en el punto de Mac Burney. Se practicó la laparotomía lateral, encontrándose el apéndice sano y el colon ascendente sujeto por bridas numerosas. Destruídas éstas, el intestino recobró su volumen ordinario. El Dr. Delangre hizo por precaución el desagüe y á los dieciocho días la enferma estaba completamente curada, no habiendo vuelto á padecer las crisis dolorosas.

Enterocolitis y apendicitis. — El Dr. Broca: Esta cuestión interesante ha sido discutida de nuevo en la Academia de Medicina. Es preciso ante todo saber con exactitud lo que debe entenderse por enteritis. En ciertos casos los síntomas son claros; en otros no sucede así y uno de ellos, en particular la diarrea, suele depender de la apendicitis concomitante. En los niños, sobre todo, es preciso tener en cuenta la infección que se sobreañade á la enteritis de marcha aguda ó crónica. Cuando se practica la apendicectomía se ve en ocasiones desaparecer espontáneamente la enteritis; en algunos enfermos es necesario recurrir á un tratamiento médico. Es muy difícil decir en la actualidad en qué proporciones coexisten las enteritis y las apendicitis, y cuál es la proporción de éxitos obtenidos con la apendicectomía, porque existen muchas causas de errores que impiden hacer un diagnóstico exacto.

Herida del cuello por arma de fuego. — El Dr. Picqué: La enferma objeto de esta observación recibió en la región cervical izquierda un disparo de revólver. Media hora después ingresó en el hospital. Se comprendió al punto que estaba interesado un vaso grueso y se practicó la incisión clásica de la ligadura de la carótida. Se extrajeron varios coágulos y al punto se produjo una hemorragia abundante procedente de la carótida primitiva, que estaba seccionada por completo, y de la yugular interna que presentaba una perforación en su cara anterior. La arteria se ligó y en la vena se practicó una sutura lateral; como el estado de la enferma era alarmante á causa de la pérdida de sangre, se hicieron inyecciones intravenosas de suero artificial. A las dos horas de operada la enferma, se observó hemiplegia del lado derecho. La hemiplegia principió á desaparecer á los quince días y en la actualidad esta mujer se encuentra casi completamente curada.

(*Se suspenden las sesiones hasta el mes de octubre*). — F. Toledo.

XV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Celebrado en Lisboa del 19 al 26 de Abril de 1906.

(Continuación).

Sobre las perforaciones agudas del conducto gastro-intestinal. — El doctor TILLMANN: Voy á exponer los resultados de mi experiencia basada en 53 intervenciones practicadas en casos de perforaciones agudas del estómago, intestino y vesícula biliar. Mis éxitos, cada vez más numerosos desde que intervengo de un modo más precoz, demuestran que las condiciones del éxito son la precocidad del diagnóstico y la sencillez de la operación.

El primer síntoma de la perforación de la úlcera gástrica es á menudo una sensación de plenitud sentida por el enfermo en la región epigástrica, sensación que hace al enfermo tomar un purgante; los vómitos existen también al principio, pero cesan cuando el enfermo toma alimentos ó líquidos. En la perforación del apéndice los vómitos repetidos son completamente característicos.

Desde el punto de vista etiológico, el traumatismo no desempeña tan gran papel como el que se le concede de ordinario.

La úlcera de estómago presenta en la mayor parte de los casos una perforación rodondeada del tamaño de una lenteja, cuyos bordes están desprovistos de mucosa en una extensión de varios milímetros. Así que cuando se quiere suturar tal perforación, es necesario hacer una incisión extensa hasta pleno tejido sano.

La perforación del apéndice se produce con frecuencia por estallido del órgano distendido; así lo comprueban los orificios del tamaño de una cabeza de alfiler que se observan en la operación.

Como en estos casos de perforación la intervención debe ser lo más rápida y sencilla posible, se puede preguntar si debe completarse con grandes lavados del peritoneo con la disolución fisiológica. He hecho construir un aparato eléctrico que me permite tener siempre en reserva día y noche, á la temperatura deseada, dicha disolución.

Todas las perforaciones que he podido operar en las sesenta primeras horas han curado. En los 8 casos en que intervine por perforación de úlcera gástrica, uno sólo que operé en las seis primeras horas de la perforación curó; otro operado á las veinticuatro horas y que tenía una vasta úlcera, sucumbió á causa de la hemorragia; otro operado á las treinta horas, vivió quince días y murió de pihemia; todos los demás sucumbieron de peritonitis.

En resumen, las causas que se han invocado hasta ahora para explicar las neumonías que suceden con tanta frecuencia á las laparotomías, están lejos, según creo, de convenir para todos los casos. He observado neumonías que no sobrevienen á consecuencia de lesiones traumáticas ú operatorias del intestino, y creo que en estos casos, por lo menos, se puede hacer intervenir una embolia pulmonar, cuyo punto de partida es la abertura de los conductos quilíferos y que sigue la vía del conducto torácico.

El prolapso rectal, su patogenia y tratamiento.—El Dr. N. Napolkou: Conviene distinguir el prolapso de la mucosa rectal y el prolapso del recto. El primero depende siempre de la inflamación catarral. El tratamiento debe ser dirigido contra este proceso. La simple excisión de los pliegues mucosos prolapsados suele ser insuficiente; se obtiene mejor resultado por la torsión de la mucosa á 180°.

El prolapso del recto no es más que una hernia perineo-rectal. Las condiciones de su evolución son: el descenso de la excavación vésico-rectal, la atonía de la musculatura del recto y la debilidad de los músculos de la pared inferior de la pelvis. La longitud del conducto perineo-rectal, que está destinado en estado fisiológico al paso del recto, se acorta en este prolapso.

En el cadáver se puede producir con facilidad el prolapso del recto aumentando la presión abdominal interna. Para el tratamiento se recurre al tipo de las operaciones radicales de hernias, que consiste en la supresión del saco peritoneal, en la plegadura longitudinal de la muscular sobre la pared anterior del recto, en la plegadura transversal y en la sutura de los bordes medios de los músculos elevadores del ano.

Cirugía arterial y venosa. — El Dr. Arcy Power: Durante los últimos años, la cirugía de los vasos sanguíneos ha realizado indudablemente grandes progresos, gracias, sobre todo, á los conocimientos más exactos del mecanismo de la circulación sanguínea y de la manera como se regula.

El primer efecto que han producido estas nuevas nociones ha sido esclarecer la patogenia del *shok* y del colapso quirúrgico y hacer más racional el tratamiento de estos accidentes. Desde este punto de vista conviene recordar las investigaciones de Crile sobre la acción de la estricnina, del alcohol, del nitrito de amilo, de la digitalina, de las inyecciones de la disolución fisiológica de cloruro sódico, de la adrenalina, etc., y sobre el empleo del «traje neumático» como medio de mantener la presión sanguínea á nivel constante.

Para la ligadura de las arterias prefiero la seda enrollada en bobinas de cristal, y que se ha hervido previamente un cuarto de hora por lo menos. Desconfío del catgut, aunque haya sido preparado cuidadosamente.

En lo que se refiere al tratamiento de los aneurismas, un método nuevo, recomendado hace algunos años, había hecho concebir grandes esperanzas. Me refiero á las inyecciones subcutáneas de gelatina, que se tiende hoy á abandonar.

En la cirugía de las varices, la operación de Trendelenburg, sencilla y rápida, ha realizado un gran progreso. Esta intervención no está, sin embargo, indicada más que para las varices relativamente poco desarrolladas; y por lo que á mí se refiere, no he obtenido éxitos en casos de varicosidades capilares extensas, cuando toda la extremidad, desde el muslo hasta el pié, está como jaspeada, ni en los que no existían más que una ó dos dilataciones varicosas, pero muy gruesas.

Paralelamente al progreso de la cirugía de las varices del miembro inferior, la del varicocele ha experimentado también una modificación radical desde que la aplicación de la antisepsia y de la asepsia ha permitido abordar directamente y sin peligro los vasos venosos y sustituir á los antiguos

tratamientos la ligadura al descubierto de los plexos dilatados, con ó sin resección. Desde hace algunos años practico la ligadura y la excisión sobre las venas espermáticas (incisión al nivel del anillo inguinal externo) mejor que sobre los plexos pampiniformes.

El Dr. Garré: Para las ligaduras prefiero la seda muy fina hervida en una disolución de sublimado, y reservo el catgut para las suturas de hígado y riñón. En el varicocele practico la excisión completa de las venas del cordón con ligadura muy alta.

El Dr. Feijóo: Empleo siempre la seda hervida en disoluciones fenicadas ó el catgut yodado.

Intervención quirúrgica en las nefritis médicas.—El Dr. A. Pousson: Estudiaremos sucesivamente: 1.°, el tratamiento quirúrgico de las nefritis agudas; 2.°, el tratamiento quirúrgico de las nefritis crónicas.

I. *Tratamiento quirúrgico de las nefritis agudas.* — Las operaciones que se han opuesto contra estas nefritis son: la nefrectomía parcial ó total, la nefrotomía, la decapsulación. Es fácil comprender el modo de acción de las nefrectomías. La nefrotomía obra disminuyendo la tensión intrarrenal y provocando una abundante depleción sanguínea, y la expulsión de restos epiteliales que obstruyen los canalillos. El efecto de la decapsulación se reduce á suprimir la compresión del riñón.

La mortalidad operatoria, relativamente pequeña (15'4 por 100), y la persistencia de los resultados terapéuticos, legitiman la intervención en las nefritis agudas, pero sólo en los casos graves y después de fracasar los medios médicos.

Las indicaciones y contraindicaciones de la intervención no pueden exponerse de un modo definitivo en el estado actual de nuestros conocimientos.

La nefrotomía es la operación preferible en el tratamiento quirúrgico de las nefritis agudas, porque asegura mejores resultados próximos y lejanos. La nefrectomía debe reservarse para los casos en que existen lesiones profundas y extensas de un solo riñón. La decapsulación, empleada hasta hoy muy pocas veces, es muy inferior á la sección del parenquima.

II. *Tratamiento quirúrgico de las nefritis crónicas.* — Este tratamiento es paliativo ó curativo.

El tratamiento paliativo se propone combatir las hematurias, los dolores, las crisis urémicas, y las operaciones de que dispone son: la nefrectomía, la nefrotomía, la nefrolisis, la decapsulación.

El modo de acción de la nefrectomía en las nefritis hematúricas y dolorosas se comprende fácilmente, pero es más difícil comprenderle en las crisis urémicas. Se explica por la existencia de un reflejo renorrenal que, suprimido después de la ablación del riñón enfermo, permite al compañero volver á desempeñar sus funciones.

La nefrotomía obra en las nefritis dolorosas suprimiendo la compresión y la estrangulación del parénquima en su cápsula. En las nefritis hemorrágicas obra también suprimiendo la compresión y permitiendo de este modo á la circulación renal regularizarse en todo el parénquima y restablecerse la inervación. En las crisis urémicas obra también principalmente suprimiendo la hipertensión intraparenquimatosa, que trastorna la fun-

ción de los epitelios. La nefrolisis obra corrigiendo la estrangulación renal por la discisión de la cápsula adiposa esclerosada y adherida á los tejidos próximos. Por último, la decapsulación obra disminuyendo la congestión renal y favoreciendo el desarrollo de una vascularización complementaria.

El tratamiento quirúrgico de las nefritis dolorosas y hemorrágicas ha pasado en la actualidad á la práctica. La nefrotomía para una ú otra de estas nefritis debe preferirse á la nefrectomía demasiado radical, á la nefrolisis y á la decapsulación.

La intervención en las crisis urémicas da una mortalidad de 23'6 por 100, mortalidad relativamente pequeña si se tiene en cuenta el estado grave de los operados.

Aunque no cura de un modo definitivo la enfermedad de Bright, produce mejorías de larga duración. La operación sólo debe practicarse cuando hayan fracasado los medios médicos, sin esperar, no obstante, á que sea acentuada la fase tóxica y á que el miocardio en particular haya sido atacado.

Aunque la mortalidad operatoria de la nefrotomía sea más elevada que la de la decapsulación, lo que se debe indudablemente á la gravedad de los casos incindidos, debe darse la preferencia á la primera, que es la única que combate todos los factores patogénicos de las crisis urémicas. Es útil combinar la nefrotomía con la decapsulación, y en los casos de intervención bilateral se harán en un lado las dos operaciones y en el otro sólo la decapsulación.

El tratamiento curativo, cuya idea pertenece á Edebohls, se funda en el papel aislador atribuído á la cápsula propia del riñón, la que, suprimida, permite á los vasos periféricos penetrar en su parénquima y anastomosarse con los de su propia substancia. El desarrollo de esta red anastomótica entre los vasos del riñón y los de su cápsula ha sido negada por numerosos experimentadores, pero la han observado otros; todos estos experimentos no tienen más que un valor relativo, porque no se puede deducir de lo que pasa con el riñón sano de un animal lo que ocurre en el mismo órgano enfermo del hombre; en lo que se refiere á las pocas autopsias de enfermos anteriormente tratados por la decapsulación, todas son negativas, excepto una de Edebohls.

Los resultados inmediatos de la decapsulación en el período de estado de la enfermedad de Bright son de 6'66 por 100 en las estadísticas hechas con las operaciones practicadas por varios cirujanos y de 9 por 100 en la estadística personal de Edebohls. Los resultados lejanos son también muy satisfactorios.

La decapsulación es la única operación racional que permite esperar la cura radical de las nefritis crónicas, pero será útil, con objeto de asegurarse de un modo más rápido, si no más efectivo, el retorno de la función renal, practicar la nefrotomía unilateral.

El Dr. Giordano: La medicina pierde sus derechos en las nefritis cuando parece impotente para conjurar los peligros inmediatos ó detener su evolución. El cirujano interviene eficazmente:

1.° Volviendo á su sitio los riñones dolorosos en ectopia.

2.° Desbridando—ó desprendiendo—la cápsula, contra la que el parén-

quima ingurgitado se estrangula en las fases agudas, ó que estrangula por retracción al parénquima en las formas crónicas.

3.° Incindiendo el parénquima.

Los buenos efectos de la intervención son, al parecer, debidos: á la malaxación operatoria del órgano, que desobstruye mecánicamente los canalillos excretores; á la sangría local; al *latigazo*, que acelera la circulación y la función; al desprendimiento del riñón estrangulado ó dislocado. Los métodos que tienden á dislocar el riñón en el peritoneo son rechazables *a priori*. La circulación colateral no es el objeto de la intervención, aunque la nefrolisis esté indicada en ciertos casos de adherencias viciosas, aunque muy vasculares.

La decapsulación da mejores resultados: en las formas agudas post infecciosas que pueden ocasionar la anuria, ó producir la supuración, ó hacerse crónicas; en los períodos agudos de una nefritis crónica. La decapsulación está indicada también en las nefritis hemorrágicas agudas rebeldes al tratamiento interno. En las hemorragias crónicas ó recidivantes es preferible recurrir á la nefrotomía, incindiendo principalmente el polo inferior.

En las formas bilaterales es mejor intervenir en ambos lados. La rapidez de la intervención da un coeficiente elevado de éxitos: rápida alivia el riñón; prolongada le sobrecarga de trabajo con los residuos tóxicos (narcóticos, cadáveres y toxinas celulares) introducidos ó puestos en libertad durante las maniobras operatorias.

El Dr. J. Albarran: Es posible separar algo artificialmente las nefritis y pielonefritis agudas infecciosas y las toxémicas.

En las pielonefritis infecciosas agudas, uni ó bilaterales, el tratamiento médico basta las más de las veces para curar los enfermos. En caso de lesiones unilaterales graves con abscesos miliares diseminados, creo que la nefrectomía es casi siempre la operación preferible; he hecho tres veces en estos casos la nefrotomía, y á los pocos días tuve que practicar la nefrectomía; en otro enfermo practiqué desde luego esta última operación. Los cuatro enfermos curaron. En la pielonefritis aguda infecciosa bilateral grave, si el enfermo es joven, puede practicarse la nefrostomía doble. En los individuos con afección urinaria antigua, es mejor no operar.

He practicado la nefrostomía en dos casos de nefritis sobreaguda, uno de anuria escarlatinosa y otro de oliguria consecutiva á la intoxicación por el sublimado: los dos enfermos murieron sin que la operación modificara su estado.

En las nefritis agudas ó subagudas toxémicas, cuando los fenómenos de oliguria y de uremia se hacen inminentes, debe recurriree á la intervención quirúrgica, de preferencia á la nefrostomía.

En las nefritis crónicas hay que distinguir las parcelarias de las difusas poco avanzadas.

En las nefritis parcelarias hemorrágicas todas las intervenciones producen éxitos, y desde hace tiempo opino que obran sobre todo por las modificaciones nerviosas que determinan; en estos casos practico del modo más posible el descortezamiento del riñón, procurando dejar libre el pedículo para practicar la enervación parcial de dicho órgano. Creo además nece-

sario incindir extensamente el riñón para explorarle y comprobar el diagnóstico. En cinco de mis operados por nefritis parcelaria hemorrágica he observado, después de contenida la pérdida de sangre, la continuación de la nefritis, y en dos enfermos la recidiva ulterior de la hemorragia.

En ciertos casos de nefritis crónicas puede esperarse que la intervención quirúrgica modifique los episodios agudos de uremia más rara vez que sea útil en los edemas extensos. La mejor operación en estos casos es al parecer la nefrostomía. En tales enfermos la operación es gravísima y sólo está justificada cuando los accidentes se hacen alarmantes á pesar de los recursos de la Medicina.

Excepto en las fases agudas de las nefritis crónicas, en los accidentes hemorrágicos y en los dolores el efecto de la operación sobre la marcha ulterior de la nefritis no está al parecer demostrado. He visto en tres enfermos que la nefritis seguía su marcha, sin que la enfermedad fuera modificada por la intervención operatoria.

Los resultados que he obtenido están al parecer conformes con la teoría; es imposible comprender que la circulación sanguínea precaria que se verifica á través de la cápsula neoformada, puede modificar el proceso de nefritis que no depende de una lesión local. Los hechos citados no permiten juzgar definitivamente el valor del tratamiento quirúrgico de las nefritis; estamos en el período de registrar observaciones, pero lo que he visto no me ilusiona para que podamos detener la evolución de las nefritis crónicas.

El Dr. Pastrau: Creo que la primera deducción que debe sacarse de las numerosas observaciones publicadas hasta aquí, es que la intervención quirúrgica puede por sí sola dar buenos resultados en ciertos casos de nefritis médicas en las que todos los otros medios de tratamiento son inactivos. Si la operación no cura, por lo menos es capaz de contener momentáneamente la evolución de las lesiones y mejorar el estado del enfermo.

Pero la decapsulación no basta siempre, aun cuando se haya practicado de la mejor manera posible y cuando hay hematuria grave, piuria abundante, anuria ó oliguria muy marcada, es preferible añadir la nefrostomía y el desagüe de la pelvis renal á la decapsulación.

En casos de decapsulación es preciso siempre dejar al riñón libre de su cápsula adiposa hasta el nivel del pedículo y después separar por completo la cápsula propia del tejido renal.

Tratamiento de los fibromas del útero. — Los Dres. Rouville y Tuffier: El tratamiento médico de los tumores del útero es sólo sintomático y tiene por objeto calmar el dolor y contener la hemorragia, lo único que puede esperarse de él. Está indicado en los casos de contraindicaciones transitorias ó absolutas del tratamiento quirúrgico. Cuando la intervención radical era grave, las operaciones paliativas tenían una importancia grandísima, pero hoy no sucede así porque el pronóstico de dicha intervención es más benigno. De todas las operaciones paliativas, la que se emplea y seguirá empleándose más es la castración ovárica.

Respecto al tratamiento curativo de los fibromas, sus indicaciones generales pueden resumirse en pocas palabras. Todo fibroma de desarrollo rápido debe ser extirpado. Todo fibroma que no aumenta de volumen ni produce accidente debe ser respetado. Todo fibroma que por su presencia

provoca fenómenos de compresión vesical, ureteral ó intestinal, ó que origina pérdidas sanguíneas ó serosas abundantísimas y repetidas, que comprometen la salud de las enfermas, debe ser extirpado.

Al lado de estas indicaciones sacadas de las complicaciones que provoca el fibroma, debemos colocar las contraindicaciones generales que resultan del estado de la enferma. Las dos complicaciones más frecuentes son: la albuminuria y la caquexia, que hacen problemático el resultado de toda intervención operatoria. El estado funcional del riñón se impone en las albuminúricas y siempre que no se demuestre que este filtro basta para la eliminación del cloroformo y de los productos de desorganización que se expulsan después de una operación, debe desecharse ésta, sobre todo si los accidentes que la exigen no son de urgencia absoluta.

La anemia, la septicemia lenta, son indicaciones para la intervención rápida, igual que ocurre muchas veces con los trastornos cardíacos. No es posible dar una regla fija sobre la importancia que debe concederse á la menopausia desde el punto de vista de la oportunidad de la intervención; varía según los casos.

En la actualidad se emplean dos métodos curativos de los fibromas. La ablación del tumor y del órgano que le contiene, es decir, la histerectomía, que se practica por la vagina ó por el abdomen. La ablación del tumor sólo conservando el órgano y la función, es decir, la enucleación, que puede ser vaginal ó abdominal.

El tratamiento conservador debe considerarse como preferible en los casos de fibroma; la enucleación debe preferirse, siempre que sea posible, á la histerectomía, y puede practicarse en las mujeres jóvenes con fibromas pequeños ó medianos y poco numerosos. La enucleación vaginal debe practicarse sólo en los fibromas que sobresalen en la cavidad del útero, á los que es fácil llegar haciendo una incisión cervical. La transvaginal únicamente está indicada en los fibromas pequeños supravaginales anteriores y posteriores, accesibles con facilidad después de la incisión del fondo de saco correspondiente.

La enucleación abdominal tiene indicaciones más extensas. El volumen del fibroma no es una contraindicación. La localización del tumor cerca de la trompa ó en la parte posterior y lateral del cuello, exige algunas precauciones, merced á las cuales es posible enuclearle sin peligros; la incisión uterina de acceso debe practicarse lo más lejos posible de los pedículos vasculares de la matriz. El número de fibromas no puede fijarse; lo que importa más es el sitio recíproco de los tumores; si es preciso hacer varias incisiones muy cerca unas de otras, es indispensable adoptar grandes precauciones para colocar y apretar los hilos y hasta desechar á veces la operación. Sólo se renunciará á la enucleación cuando los fibromas múltiples sobresalen debajo de la mucosa del útero y están adheridos á este órgano en una gran extensión. Las relaciones de los fibromas con el parénquima uterino son importantísimas; las induraciones fibrosas que se continúan por todas partes con el parénquima del útero, sin línea divisoria, exigen la histerectomía total. En la induración esclerofibrosa de todo el órgano, debe practicarse la histerectomía parcial. El estado de la mucosa merece ser tenido en cuenta y en los casos dudosos es indispensable rasparla antes de

intervenir y hacer el examen histológico de los fragmentos; la histerectomía total se impone á la menor duda.

Los resultados inmediatos en la enucleación abdominal son favorables; la mortalidad general es proximamente de 2'75 por 100. El estudio de los resultados lejanos prueba que las recidivas verdaderas son rarísimas, y que la mujer puede concebir. La distocia consecutiva á la operación es tan rara que no puede considerarse como una contraindicación.

Las indicaciones de la histerectomía vaginal son limitadísimas; puede practicarse cuando no hay complicación por parte de los anejos, el útero fibromatoso es pequeño, móvil, fácil de atraer á la vagina, ésta es amplia y la vulva dilatable; es preferible á la histerectomía abdominal en las mujeres obesas.

La histerectomía abdominal parcial es preferible casi siempre á la total, por ser más fácil, más rápida y menos grave. La histerectomía total está indicada cuando el cuello se halla enfermo, cuando se sospecha la degeneración del fibroma y, finalmente, cuando al practicar la histerectomía parcial se rompe una bolsa purulenta que hace necesario el desagüe vaginal durante mucho tiempo.

Puede elegirse indistintamente cualquier procedimiento al practicar la histerectomía abdominal. Debe fundarse en la distribución de las lesiones que se descubren después de la laparotomía, y el sentido quirúrgico basta para guiar al operador. Se procurará siempre llegar por la vía más fácil á los cuatro pedículos vasculares. Los anejos enfermos se extirparán antes, durante ó después de la histerectomía, según su disposición, sus adherencias y la naturaleza de su contenido. La conservación de los ovarios es discutible. Deben conservarse si la mujer es joven, neurópata y si parecen sanos. La coincidencia de un fibroma con el embarazo no constituye una indicación operatoria. Si el tumor no ocupa la zona uterina que debe dilatarse, no suele producir accidente alguno. Los fibromas que han provocado ya un parto prematuro, deben ser extirpados por enucleación, á ser posible, y estando el útero vacío.

Los tumores localizados en el segmento inferior del útero deben ser enucleados por la vagina, aunque muchas veces no dificultan el parto: conviene, por lo tanto, reconocer de cuando en cuando á las enfermas y no intervenir hasta el momento del parto si queda alguna esperanza de evolución normal. Cuando el parto no es posible, se impone la operación cesárea, y si existe un sólo fibroma es preferible la enucleación á la histerectomía inmediata.

El Dr. A. Martín: Los fibromas del útero pueden ser tratados por el método abdominal ó por el vaginal, pudiendo en uno ú otro caso practicarse la operación radical ó la conservadora. El método abdominal permite examinar mejor la cavidad del abdomen, y á causa de las mejoras introducidas en la técnica de la laparotomía, presenta, no sólo todas las garantías apetecibles respecto al resultado inmediato, sino que permite evitar, hasta cierto punto, los peligros que parecían antes inherentes á todas las operaciones abdominales. La sutura metódica de las paredes del abdomen, capa por capa, é incisión abdominal según el procedimiento de Pfannenstiel, han disminuído en proporciones considerables el número de las hernias

post-operatorias. No sucede lo mismo con otras complicaciones de la laparotomía, adherencias entre el epiplón y el intestino, etc. Aunque fuera posible evitar, las más de las veces, este peligro, no es menos cierto que toda falta de asepsia y toda manipulación intempestiva del peritoneo se pagan caras en estos casos.

La histerectomía vaginal exige más habilidad por parte del cirujano. En cambio permite inspeccionar en su mayor parte la excavación pelviana, y si se practica la ventroscopia, puede examinarse la cavidad del abdomen. Sea lo que fuere, y aunque partidario convencido del método vaginal, confieso que su aplicación debe quedar encerrada en ciertos límites; su resultado es problemático cuando hay adherencias en la parte superior del tumor, adherencias antiguas y resistentes con la serosa intestinal ó la neoplasia al ser fragmentada puede originar una lesión de los órganos inmediatos. Prefiero la vía abdominal siempre que los conmemorativos y el reconocimiento de la enferma (exploración abdominal, examen de la temperatura y de la sangre, numeración de los leucocitos, etc.), hacen abrigar algunas dudas. La estrechez de la vagina no contraindica por sí sola el empleo del método vaginal. El volumen considerable del tumor tampoco es un obstáculo para ello, porque el inconveniente se remedia fragmentando la neoplasia, según aconsejaba Péan.

Excepto en los casos indicados, creo que el método vaginal es mucho más seguro que el abdominal. Las operaciones conservadoras son, á mi juicio, preferibles á las radicales.

El Dr. Pfannenstiel: Soy partidario del método conservador cuando se trata de ovarios, pero no participo de las ideas del Dr. Martín en lo que se refiere al útero. Cuando se practica sólo la enucleación del fibroma, queda la mucosa enferma, que puede ocasionar hemorragias, y si la mujer concibe, es susceptible de trastornar la inserción del óvulo (inserción velamentosa, placenta previa). Es, por lo tanto, preferible extirpar toda la mucosa uterina, lo cual hecha por tierra la idea de la operación conservadora. Conviene manifestar que el resto del cuerpo uterino no está sano, porque los fibromas se desarrollan en úteros afectados de inflamación crónica. Por esta razón soy partidario del método radical, pero no niego que en algunos casos excepcionales pueden estar indicadas las operaciones conservadoras. Respecto á la elección entre la vía vaginal y la abdominal, creo que es más que nada cuestión de hábito del operador. Sin embargo, si hay infección del útero, la vía abdominal está contraindicada en absoluto.

El Dr. Suárez de Gamboa: No creo que la enucleación de los fibromas merezca el calificativo de operación radical, porque su ablación no previene la recidiva. Respecto á la coexistencia del fibroma y del embarazo, la considero como una indicación operatoria, y opero en cuanto hago el diagnóstico, práctica que prefiero á la de operar durante el parto.

El Dr. Doyen: Los fibromas del útero deben operarse por la vagina, reservando la vía abdominal para los casos inoperables por el método vaginal. La enucleación del fibroma debe reservarse para los casos en que sólo hay un tumor y es fácil su enucleación por la vaginal.

El Dr. S. Recasens: Creo que los fibromas deben ser extirpados, más que por los tumores en sí, por las complicaciones que originan. Cuando existe

un fibroma que no origina complicación alguna debe practicarse la histerectomía parcial.

El Dr. Castillo Ruiz: En cuestión de tratamiento quirúrgico de los fibromas uterinos conviene ser ecléctico. Creo preferible la extirpación por la vagina, cuando ésta es amplia y el fibroma poco voluminoso, siempre que no existan adherencias ni complicaciones de los anejos. Prefiero la histerectomía total, que pone al abrigo de la degeneración del muñón.

El Dr. J. L. Faure: El argumento de la degeneración cancerosa del muñón, que se invoca contra la histerectomía parcial en los casos de fibroides uterinos, tiene poco valor, porque sólo se presenta en el 1 por 100 de los casos, y yo jamás la he observado. Si se cree que el desagüe es necesario—en los fibromas simples lo es pocas veces—no hay necesidad para ello de practicar la histerectomía total, porque basta cortar de un tijeretazo la parte posterior del cuello uterino y el fondo de saco vaginal.

Significación clínica de las desviaciones uterinas. — La Dra. Lucy Waite: Para estar en una posición normal es necesario que el útero sea móvil, y cuando el útero móvil no está afectado de metritis, cuando la pelvis se halla en estado normal, este útero puede permanecer en cualquier posición sin que se presenten síntomas morbosos.

Cuando se ha comprobado una desviación uterina posterior se necesita investigar las complicaciones, como la metritis, las inflamaciones circunuterinas, las adherencias consecutivas ó las afecciones de los ovarios y de las trompas.

El diagnóstico de las posiciones del útero no puede hacerse por los síntomas subjetivos. Así la menorragia, los dolores en el dorso, el estreñimiento crónico y los dolores pelvianos, no son por completo síntomas clásicos de las desviaciones uterinas posteriores, porque dichos síntomas se encuentran en gran número de casos de desviaciones uterinas anteriores; son producidos por complicaciones sin relación con la posición del útero. La amenorrea, la dismenorrea, la esterilidad y la irritación vesical, no son síntomas clásicos de la anteflexión, como se dice de ordinario; estos fenómenos son producidos por la metritis ó por la inflamación de los anejos del útero que acompañan á la anteflexión. La irritación de la vejiga es producida por la cistitis, consecuencia de la congestión pelviana general.

En muchos casos de dismenorrea es preciso contar con el estado del sistema nervioso de las enfermas. Se observará en muchos casos que la flexión no es más que una coincidencia. Los ginecólogos deben llevar sus investigaciones más allá de la pelvis si quieren descubrir la verdadera etiología de muchos síntomas, de los que los más marcados se manifiestan quizá en la cavidad pelviana.

El factor principal de la fijación del útero son las adherencias peritoneales y perigenitales. El útero puede estar así fijo cuanto á la posición relativa entre el cuerpo uterino y el hocico de tenca por la inflamación de los mismos tejidos, es decir, por la metritis. En este caso el tratamiento razonable que debe seguirse cuando la matriz está fija en una situación patológica, es tratar las complicaciones, que son la verdadera causa de los síntomas, y libertar al útero para colocarle en su estado original de movilidad anatómica y fisiológica.

La fijación del útero por medio de una intervención quirúrgica no es más que la sustitución de un estado patológico por otro.

Tratamiento del cáncer del cuello uterino. — El Dr. J. L. Faure: Es necesario renunciar á toda tentativa de cura radical del cáncer del cuello del útero en los casos en que la movilidad no es perfecta. Cuando el útero es muy móvil es preciso practicar la histerectomía abdominal total.

Se practicará de un modo sistemático la ligadura de las arterias hipogástricas para economizar tiempo, sangre y, sobre todo, para ver con claridad durante la operación. El tiempo capital de ésta es el aislamiento de la región pericervical y la disección de los uréteres, que es necesario ver. La sección de la vagina se hará, siempre que sea posible, después de la obliteración por pinzas cortas. El vaciamiento pelviano es ilusorio y agrava mucho el pronóstico operatorio. Basta extirpar los ganglios laterales si pueden descubrirse sin grandes investigaciones. La extirpación del útero y de una parte de la vagina después de la desinserción vaginal en un primer tiempo perineal, facilita mucho la extirpación abdominal de los uréteres, porque deja al útero libre de sus inserciones inferiores y permite atraerle hacia arriba. Es quizá la operación del porvenir. — F. Toledo.

(*Concluirá*).

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 25 de Julio de 1906.

De la apendicitis. — El Dr. *Jaime Israel* dice que respecto al problema de si, después de pasado felizmente un ataque de apendicitis, se debe operar en frío, hay que resolver según el estado del paciente en dicho intervalo libre. Podemos distinguir dos grupos: el primero comprende los casos en que el ataque ha dejado resíduos; el segundo, aquellos en que no han quedado. Ahora bien, así como en el primer grupo los resíduos que hayan quedado son los que han de influir en nuestra conducta, en el segundo sólo una estadística muy numerosa es la que puede enseñarnos qué grados de probabilidad existen de que pueda repetir el ataque.

Aun dentro del primer grupo podemos distinguir cuatro casos: 1.°, los que presentan síntomas crónicos de parte del apéndice; 2.°, aquellos en que á pesar de no haber síntomas subjetivos, existe sensibilidad á la presión en la región ileocecal, con ó sin distensión gaseosa; 3.°, los casos raros de engrosamiento persistente del apéndice sin otros síntomas objetivos ni subjetivos; 4.°, los casos acompañados de fístulas.

El primer subgrupo constituye la indicación principal de la operación. Estos casos son proteiformes y pueden simular afecciones gástricas, colelitiasis, afecciones sexuales ó bien enfermedades de los órganos vesicales femeninos.

En el segundo subgrupo la indicación operatoria depende de la fecha del ataque; si han transcurrido ya tres meses, los síntomas hacen temer una recidiva, y por lo tanto, está indicada la operación.

En el tercer subgrupo existen generalmente extensas adherencias con los intestinos adyacentes, de suerte que es muy fácil que la operación ocasione alguna lesión intestinal. Por lo tanto, vale más no operar, y si se opera, conviene tardar mucho en hacerlo, porque con el tiempo suelen aflojarse las adherencias, no es tan fácil herir el intestino ó bien se practica la antero-anastomosis, para dejar á un lado el pelotón de asas adheridas.

Cuando en un caso del cuarto subgrupo se trata de fístulas interiores, no hay que apresurarse á operar como no obliguen á ello las molestias que sufre el paciente, lo cual es muy raro. En cambio, en los casos de fístulas exteriores, la operación es el único medio que puede curar al paciente.

En el segundo grupo de casos, ó sea en los que no existen síntomas demostrables, es difícil resolver si procede ó no la operación. En este caso se plantean tres problemas: 1.°, ¿podemos saber si se presentará ó no una recidiva? 2.°, ¿estamos autorizados, en principio, á operar todos los casos en que ha habido un ataque de apendicitis? y 3.°, ¿ó bien debemos de esperar á que sobrevenga otro? Respecto al primer problema debemos confesar nuestra impotencia diagnóstica, excepto en dos casos: 1.°, cuando el ataque se complicó con supuración, en cuyo caso rara vez sobreviene recidiva, y 2.°, cuando el paciente no ha tenido ninguna molestia en los dos años siguientes al ataque, puesto que pasado dicho plazo la proporción de recidivas es sólo de un 5 por 100.

¿Y en los demás pacientes? Nuestra resolución se supedita á la de los cuatro problemas siguientes: 1.°, cuantas recidivas se presentan después de la apendicitis simplen; 2.°, si la recidiva es más peligrosa que el primer ataque; 3.°, magnitud de los peligros de la operación en frío, y 4.°, si tenemos la seguridad de que los individuos que aún quieren esperar, se han de someter á la operación en el principio de la recidiva, caso de que ésta se presente. Respecto al primer problema, hay que decir que hay un 50 por 100 de probabilidades de que se presente una recidiva, y un 45 por 100 de que lo haga en los dos años siguientes al ataque. Respecto al segundo punto, no se puede decir nada concreto; la recidiva puede ser leve ó grave. Cuanto á la mortalidad de la operación, es, según la estadística del autor, de 0'5 por 100 si se practica en el intervalo, y de 2 por 100 si se ejecuta en las primeras cuarenta y ocho horas del primer ataque agudo. Análogas son las estadísticas de otros cirujanos, y por lo tanto, las operaciones en frío son menos peligrosas. Pero como en la mitad de los fallecidos por haber sido operados en frío no se habría presentado recidiva, según las estadísticas, ya no parece que hay tanto motivo para exponer á un hombre al riesgo de la operación, aun siendo pequeño dicho riesgo. Sin embargo, esta conclusión es falsa, porque lo es una de las premisas. En efecto, se parte del supuesto que los casos de recidiva se habrán de operar en las primeras cuarenta y ocho horas, y esto no sucede en la inmensa mayoría de los casos. Y si no se puede operar pronto, el esperar expone á muchos peligros, puesto que entonces la mortalidad llega y excede del 12 por 100 con ó sin operación, y con esto también resulta que el riesgo de la operación en frío es mucho menor que el de la conducta espectante.

Los motivos de que la mayoría de los pacientes no sean operados á tiempo son: 1.° El tardar en establecer el diagnóstico, parte por culpa del pú-

blico y parte por la del médico, sobre todo cuando se trata de un niño ó de una mujer; en el primero, por la falta de datos subjetivos, y en la segunda, por la confusión con procesos inflamatorios de los órganos sexuales. El segundo motivo es la indolencia del público, que no suele consentir en la operación hasta el último momento. El tercero, es que no siempre se dispone de un buen cirujano en el momento oportuno.

Está también muy indicada la operación en frío en las embarazadas y en las mujeres que se van pronto á casar, porque la coincidencia del embarazo y de un ataque agudo implica grandes peligros. A veces hay razones de orden económico que inducen á aplazar la operación para un intervalo libre, para evitar así que un nuevo ataque agudo venga á perturbar las ocupaciones profesionales ú obligue á perder una colocación.

En resumen:

1.° La operación en frío es innecesaria: *a*, después de haber sufrido una apendicitis terminada por absceso, y que no hubiese dejado resíduo; *b*, cuando hayan pasado dos años después del ataque sin sufrir ninguna molestia.

2.° Está rigurosamente indicada la operación: *a*, en los casos de apendicitis crónica con molestia; *b*, en los de fístulas consecutivas á haber quedado el apéndice sin extirpar; *c*, cuando ha habido varios ataques en un año; *d*, en las embarazadas; *e*, en los niños.

3.° Constituyen una indicación condicional de la operación subordinada á la duración del estado patológico: *a*, las fístulas interiores sin molestias; *b*, los casos de sensibilidad del ciego á la presión con ó sin inflamación del mismo, y rigidez y engrosamiento del apéndice y sin molestias espontáneas.

4.° Es conveniente la operación en frío: *a*, cuando se espera pronto un embarazo; *b*, si hay motivos fundados para temer que no se pueda practicar pronto la operación en un próximo ataque; *d*, si inducen á ello motivos muy graves de orden económico.

El Dr. *Fedor Krause* no cree que sea necesario extirpar el apéndice después de pasado felizmente un ataque, si no han quedado molestias y la exploración no revela la existencia de ninguna alteración patológica. Condiciones tan favorables no se observan generalmente más que después de ataques leves. Si se formó un absceso y al abrirlo no se pudo extirpar el apéndice y no ha quedado ninguna fístula, hay que proceder á la operación radical. Según esto, la operación no está justificada tan sólo por la circunstancia de que ha habido un ataque; son necesarias indicaciones determinadas y éstas varían, según la edad y la actividad profesional del enfermo, según su complexión órganica y según que existan ó no otras afecciones. En los sujetos jóvenes que quieran gozar de buena salud para poderse dedicar á trabajos rudos y fatigosos, sin ninguna preocupación nos decidiremos por la intervención quirúrgica, aunque no existan molestias. Lo mismo haremos cuando se trate de un niño sano en todo lo demás, porque en esta edad es frecuente que los ataqnes sucesivos sean muy graves. En cambio, tenemos que ser más circunspectos en los ancianos obesos, sobre todo en los varones y en los bebedores, y lo mismo hay que decir cuando coexisten otras afecciones, tales como bronquitis, enfermedades del pulmón ó del riñón, lesiones valvulares no compensadas, y esto aun en el caso de que

las molestias que hayan quedado después del ataque sean de poca intensidad. Recordemos, además, los casos no infrecuentes en los que, sin haberse presentado nunca un verdadero ataque de apendicitis, las lesiones del apéndice son causa de múltiples y variadas molestias. En estos casos es frecuente que la operación salve la vida, como lo ha visto el autor en dos enfermos, los cuales son el mejor testimonio de que no siempre hay armonía entre la gravedad de los síntomas y la importancia de las lesiones anatómicas.

Cuando nos encontramos en un caso en que dudemos si después de un ataque pasado felizmente se debe ó no operar, es preferible hacer esto último, á no ser en aquel grupo á que ya se ha hecho alusión, en que, por existir otros padecimientos, parece demasiado peligrosa la intervención quirúrgica.

El Dr. *Rotter* hace observar que gracias á la operación precoz se ha conseguido reducir la mortalidad del tratamiento quirúrgico de la apendicitis á 2 por 100. Pero la operación precoz exige un diagnóstico también precoz, que se consideró difícil, pero que en realidad no lo es. Según Orth, Aschoff, de Marburgo, encontró sanos el 10 por 100 de los apéndices extirpados con la operación precoz; esta cifra se podrá reducir hasta un 2 por 100. ¿Y no sería posible que á veces el equivocado fuera el anatomopatólogo, por tratarse de un proceso muy en sus comienzos?

Para el diagnóstico precoz conviene tener presente que de un 15 á un 20 por 100 de los casos empiezan, no con síntomas tumultuosos, sino con dolores indeterminados de vientre. Al explorar, es frecuente encontrar un dolor á la presión en la región cecal; estos síntomas pueden pasar al cabo de uno ó dos días y es difícil decir entonces si se ha tratado de una apendicitis aguda. Pero hay casos en los que este período va seguido de una afección crónica. Este período previo ó precursor es de gran importancia diagnóstica y en la actualidad se cuenta como un ataque. El ataque clásico se inicia con fenómenos alarmantes, pero éstos se observan también en la gastroenterocolitis. Para el diagnóstico de «apendicitis» debe existir además el dolor á la presión en la fosa ileocecal; esta exploración debe de hacerse empezando desde el lado izquierdo. Si no hay dolor á la presión, hay que aguardar al curso ulterior; si existe, ya está hecho el diagnóstico y establecida con esto la indicación quirúrgica. Pequeños recargos vespertinos y la tensión muscular apoyan el diagnóstico. Aun en casos más avanzados sigue siendo el dolor á la presión un dato de mucha importancia. El pulso muy frecuente indica que se trata de un ataque muy grave. Como quiera que no hay congruencia entre los síntomas y las lesiones anatómicas, debe operarse, aunque el ataque sea leve.

El Dr. *Beck* (de Nueva York), se congratula del acuerdo que existe acerca del tratamiento quirúrgico de la apendicitis entre los cirujanos alemanes y los americanos, puesto que en América, tan pronto como se diagnostica una apendicitis se procede á la operación. Cierto es que muchos casos se curan definitivamente por obliteración ó de otro modo, pero como es frecuente que los síntomas no estén de acuerdo con las lesiones, de aquí que los cirujanos americanos hayan adoptada la conducta indicada.

Existe una forma de apendicitis, la apendicitis gangrenosa circunscrita,

quima ingurgitado se estrangula en las fases agudas, ó que estrangula por retracción al parénquima en las formas crónicas.

3.° Incindiendo el parénquima.

Los buenos efectos de la intervención son, al parecer, debidos: á la malaxación operatoria del órgano, que desobstruye mecánicamente los canalillos excretores; á la sangría local; al *latigazo*, que acelera la circulación y la función; al desprendimiento del riñón estrangulado ó dislocado. Los métodos que tienden á dislocar el riñón en el peritoneo son rechazables *a priori*. La circulación colateral no es el objeto de la intervención, aunque la nefrolisis esté indicada en ciertos casos de adherencias viciosas, aunque muy vasculares.

La decapsulación da mejores resultados: en las formas agudas post infecciosas que pueden ocasionar la anuria, ó producir la supuración, ó hacerse crónicas; en los períodos agudos de una nefritis crónica. La decapsulación está indicada también en las nefritis hemorrágicas agudas rebeldes al tratamiento interno. En las hemorragias crónicas ó recidivantes es preferible recurrir á la nefrotomía, incindiendo principalmente el polo inferior.

En las formas bilaterales es mejor intervenir en ambos lados. La rapidez de la intervención da un coeficiente elevado de éxitos: rápida alivía el riñón; prolongada le sobrecarga de trabajo con los resíduos tóxicos (narcóticos, cadáveres y toxinas celulares) introducidos ó puestos en libertad durante las maniobras operatorias.

El Dr. J. Albarran: Es posible separar algo artificialmente las nefritis y pielonefritis agudas infecciosas y las toxémicas.

En las pielonefritis infecciosas agudas, uni ó bilaterales, el tratamiento médico basta las más de las veces para curar los enfermos. En caso de lesiones unilaterales graves con abscesos miliares diseminados, creo que la nefrectomía es casi siempre la operación preferible; he hecho tres veces en estos casos la nefrotomía, y á los pocos días tuve que practicar la nefrectomía; en otro enfermo practiqué desde luego esta última operación. Los cuatro enfermos curaron. En la pielonefritis aguda infecciosa bilateral grave, si el enfermo es joven, puede practicarse la nefrostomía doble. En los individuos con afección urinaria antigua, es mejor no operar.

He practicado la nefrostomía en dos casos de nefritis sobreaguda, uno de anuria escarlatinosa y otro de oliguria consecutiva á la intoxicación por el sublimado: los dos enfermos murieron sin que la operación modificara su estado.

En las nefritis agudas ó subagudas toxémicas, cuando los fenómenos de oliguria y de uremia se hacen inminentes, debe recurriree á la intervención quirúrgica, de preferencia á la nefrostomía.

En las nefritis crónicas hay que distinguir las parcelarias de las difusas poco avanzadas.

En las nefritis parcelarias hemorrágicas todas las intervenciones producen éxitos, y desde hace tiempo opino que obran sobre todo por las modificaciones nerviosas que determinan; en estos casos practico del modo más posible el descortezamiento del riñón, procurando dejar libre el pedículo para practicar la enervación parcial de dicho órgano. Creo además nece-

sario incindir extensamente el riñón para explorarle y comprobar el diagnóstico. En cinco de mis operados por nefritis parcelaria hemorrágica he observado, después de contenida la pérdida de sangre, la continuación de la nefritis, y en dos enfermos la recidiva ulterior de la hemorragia.

En ciertos casos de nefritis crónicas puede esperarse que la intervención quirúrgica modifique los episodios agudos de uremia más rara vez que sea útil en los edemas extensos. La mejor operación en estos casos es al parecer la nefrostomía. En tales enfermos la operación es gravísima y sólo está justificada cuando los accidentes se hacen alarmantes á pesar de los recursos de la Medicina.

Excepto en las fases agudas de las nefritis crónicas, en los accidentes hemorrágicos y en los dolores el efecto de la operación sobre la marcha ulterior de la nefritis no está al parecer demostrado. He visto en tres enfermos que la nefritis seguía su marcha, sin que la enfermedad fuera modificada por la intervención operatoria.

Los resultados que he obtenido están al parecer conformes con la teoría; es imposible comprender que la circulación sanguínea precaria que se verifica á través de la cápsula neoformada, puede modificar el proceso de nefritis que no depende de una lesión local. Los hechos citados no permiten juzgar definitivamente el valor del tratamiento quirúrgico de las nefritis; estamos en el período de registrar observaciones, pero lo que he visto no me ilusiona para que podamos detener la evolución de las nefritis crónicas.

El Dr. Pasteau: Creo que la primera deducción que debe sacarse de las numerosas observaciones publicadas hasta aquí, es que la intervención quirúrgica puede por sí sola dar buenos resultados en ciertos casos de nefritis médicas en las que todos los otros medios de tratamiento son inactivos. Si la operación no cura, por lo menos es capaz de contener momentáneamente la evolución de las lesiones y mejorar el estado del enfermo.

Pero la decapsulación no basta siempre, aun cuando se haya practicado de la mejor manera posible y cuando hay hematuria grave, piuria abundante, anuria ó oliguria muy marcada, es preferible añadir la nefrostomía y el desagüe de la pelvis renal á la decapsulación.

En casos de decapsulación es preciso siempre dejar al riñón libre de su cápsula adiposa hasta el nivel del pedículo y después separar por completo la cápsula propia del tejido renal.

Tratamiento de los fibromas del útero. — Los Dres. Rouville y Tuffier: El tratamiento médico de los tumores del útero es sólo sintomático y tiene por objeto calmar el dolor y contener la hemorragia, lo único que puede esperarse de él. Está indicado en los casos de contraindicaciones transitorias ó absolutas del tratamiento quirúrgico. Cuando la intervención radical era grave, las operaciones paliativas tenían una importancia grandísima, pero hoy no sucede así porque el pronóstico de dicha intervención es más benigno. De todas las operaciones paliativas, la que se emplea y seguirá empleándose más es la castración ovárica.

Respecto al tratamiento curativo de los fibromas, sus indicaciones generales pueden resumirse en pocas palabras. Todo fibroma de desarrollo rápido debe ser extirpado. Todo fibroma que no aumenta de volumen ni produce accidente debe ser respetado. Todo fibroma que por su presencia

provoca fenómenos de compresión vesical, ureteral ó intestinal, ó que origina pérdidas sanguíneas ó serosas abundantísimas y repetidas, que comprometen la salud de las enfermas, debe ser extirpado.

Al lado de estas indicaciones sacadas de las complicaciones que provoca el fibroma, debemos colocar las contraindicaciones generales que resultan del estado de la enferma. Las dos complicaciones más frecuentes son: la albuminuria y la caquexia, que hacen problemático el resultado de toda intervención operatoria. El estado funcional del riñón se impone en las albuminúricas y siempre que no se demuestre que este filtro basta para la eliminación del cloroformo y de los productos de desorganización que se expulsan después de una operación, debe desecharse ésta, sobre todo si los accidentes que la exigen no son de urgencia absoluta.

La anemia, la septicemia lenta, son indicaciones para la intervención rápida, igual que ocurre muchas veces con los trastornos cardíacos. No es posible dar una regla fija sobre la importancia que debe concederse á la menopausia desde el punto de vista de la oportunidad de la intervención; varía según los casos.

En la actualidad se emplean dos métodos curativos de los fibromas. La ablación del tumor y del órgano que le contiene, es decir, la histerectomía, que se practica por la vagina ó por el abdomen. La ablación del tumor sólo conservando el órgano y la función, es decir, la enucleación, que puede ser vaginal ó abdominal.

El tratamiento conservador debe considerarse como preferible en los casos de fibroma; la enucleación debe preferirse, siempre que sea posible, á la histerectomía, y puede practicarse en las mujeres jóvenes con fibromas pequeños ó medianos y poco numerosos. La enucleación vaginal debe practicarse sólo en los fibromas que sobresalen en la cavidad del útero, á los que es fácil llegar haciendo una incisión cervical. La transvaginal únicamente está indicada en los fibromas pequeños supravaginales anteriores y posteriores, accesibles con facilidad después de la incisión del fondo de saco correspondiente.

La enucleación abdominal tiene indicaciones más extensas. El volumen del fibroma no es una contraindicación. La localización del tumor cerca de la trompa ó en la parte posterior y lateral del cuello, exige algunas precauciones, marced á las cuales es posible enuclearle sin peligros; la incisión uterina de acceso debe practicarse lo más lejos posible de los pedículos vasculares de la matriz. El número de fibromas no puede fijarse; lo que importa más es el sitio recíproco de los tumores; si es preciso hacer varias incisiones muy cerca unas de otras, es indispensable adoptar grandes precauciones para colocar y apretar los hilos y hasta desechar á veces la operación. Sólo se renunciará á la enucleación cuando los fibromas múltiples sobresalen debajo de la mucosa del útero y están adheridos á este órgano en una gran extensión. Las relaciones de los fibromas con el parénquima uterino son importantísimas; las induraciones fibrosas que se continúan por todas partes con el parénquima del útero, sin línea divisoria, exigen la histerectomía total. En la induración esclerofibrosa de todo el órgano, debe practicarse la histerectomía parcial. El estado de la mucosa merece ser tenido en cuenta y en los casos dudosos es indispensable rasparla antes de

intervenir y hacer el examen histológico de los fragmentos; la histerectomía total se impone á la menor duda.

Los resultados inmediatos en la enucleación abdominal son favorables; la mortalidad general es proximamente de 2'75 por 100. El estudio de los resultados lejanos prueba que las recidivas verdaderas son rarísimas, y que la mujer puede concebir. La distocia consecutiva á la operación es tan rara que no puede considerarse como una contraindicación.

Las indicaciones de la histerectomía vaginal son limitadísimas; puede practicarse cuando no hay complicación por parte de los anejos, el útero fibromatoso es pequeño, móvil, fácil de atraer á la vagina, ésta es amplia y la vulva dilatable; es preferible á la histerectomía abdominal en las mujeres obesas.

La histerectomía abdominal parcial es preferible casi siempre á la total, por ser más fácil, más rápida y menos grave. La histerectomía total está indicada cuando el cuello se halla enfermo, cuando se sospecha la degeneración del fibroma y, finalmente, cuando al practicar la histerectomía parcial se rompe una bolsa purulenta que hace necesario el desagüe vaginal durante mucho tiempo.

Puede elegirse indistintamente cualquier procedimiento al practicar la histerectomía abdominal. Debe fundarse en la distribución de las lesiones que se descubren después de la laparotomía, y el sentido quirúrgico basta para guiar al operador. Se procurará siempre llegar por la vía más fácil á los cuatro pedículos vasculares. Los anejos enfermos se extirparán antes, durante ó después de la histerectomía, según su disposición, sus adherencias y la naturaleza de su contenido. La conservación de los ovarios es discutible. Deben conservarse si la mujer es joven, neurópata y si parecen sanos. La coincidencia de un fibroma con el embarazo no constituye una indicación operatoria. Si el tumor no ocupa la zona uterina que debe dilatarse, no suele producir accidente alguno. Los fibromas que han provocado ya un parto prematuro, deben ser extirpados por enucleación, á ser posible, y estando el útero vacío.

Los tumores localizados en el segmento inferior del útero deben ser enucleados por la vagina, aunque muchas veces no dificultan el parto: conviene, por lo tanto, reconocer de cuando en cuando á las enfermas y no intervenir hasta el momento del parto si queda alguna esperanza de evolución normal. Cuando el parto no es posible, se impone la operación cesárea, y si existe un sólo fibroma es preferible la enucleación á la histerectomía inmediata.

El Dr. A. Martín: Los fibromas del útero pueden ser tratados por el método abdominal ó por el vaginal, pudiendo en uno ú otro caso practicarse la operación radical ó la conservadora. El método abdominal permite examinar mejor la cavidad del abdomen, y á causa de las mejoras introducidas en la técnica de la laparotomía, presenta, no sólo todas las garantías apetecibles respecto al resultado inmediato, sino que permite evitar, hasta cierto punto, los peligros que parecían antes inherentes á todas las operaciones abdominales. La sutura metódica de las paredes del abdomen, capa por capa, é incisión abdominal según el procedimiento de Pfannenstiel, han disminuído en proporciones considerablès el número de las hernias

tas ocasiones son fáciles los errores de diagnóstico si no se tiene muy presente el polimorfismo de la demencia senil, la multiplicidad de sus variedades, sobre todo en el período inicial, puesto que á la larga todas vienen á coincidir en la fase última de demencia confirmada.

Es el objeto del presente trabajo la exposición de una forma de psicosis senil, de interpretación difícil si no se tuvieran en cuenta las consideraciones que acabo de hacer. Después de expuesto el caso clínico, haré algunas consideraciones generales acerca del diagnóstico de las formas iniciales de la demencia senil en su acepción más amplia.

En la consulta de enfermedades del sistema nervioso que en el Hospital de la Princesa dirige el reputado neurólogo Dr. Ezquerra, fué presentado por mi ilustrado compañero de especialidad Dr. Salas, un enfermo de sesenta y dos años que nada anormal presentaba á primera vista. De estatura más que mediana, delgado, pero bien conservado, de color sano, de mirada viva, de expresión apacible, entró en el cuarto de consulta saludando amablemente á cuantos en él nos encontrábamos, permaneciendo en actitud tranquila y respetuosa mientras el Dr. Salas hizo su presentación, contestando después correctamente á las preguntas que se le dirigieron acerca de su edad, estado, profesión, domicilio, familia, etc. El examen somático no reveló anormalidad alguna; las pupilas estaban algo miósicas y reaccionaban un poco perezosamente, pero esto nada tiene de extraño en un viejo. No había perturbaciones motoras ni sensitivas, ni en las arterias accesibles á la palpación se encontraba alteración alguna. El sujeto se prestaba complacientemente al examen y contestaba muy acertadamente á las preguntas que acerca de sus funciones orgánicas se le dirigían. Su orientación era perfecta, la memoria estaba muy bien conservada, lo mismo para los hechos recientes que para los remotos y el tono afectivo era agradable, placentero, de tranquilo bienestar. Hasta entonces todo parecía normal en aquel sujeto, pero al ordenarle que expusiera los motivos de haber solicitado la asistencia facultativa, apareció con toda evidencia el trastorno psicopático. Nos refirió una interminable relación de sucesos de su vida interior, expuestos con gran lujo de detalles, sin reservas ni reticencias, con absoluta sinceridad. En ese relato se encierran todos los hechos mentales anormales que presentaba el enfermo, y como por este motivo es el fundamento principal del diagnóstico, le expondré íntegramente á continuación,

copiando al pié de la letra una autobiografía escrita por el mismo enfermo; á renglón seguido analizaré el contenido del lenguaje, limitándome ahora á exponer las particularidades de los medios de expresión.

Hablaba el enfermo con una fluidez extraordinaria, brotando las palabras de sus labios sin solución de continuidad, sucediéndose los conceptos como una madeja que se devana, sin pausas ni inflexiones. La articulación era correcta, pero la entonación uniforme, sin modulaciones adecuadas á las ideas expresadas; el acento era reposado, tranquilo, aun cuando refería los supuestos tormentos que le hacían padecer. Era evidente la falta de armonía entre la plácida expresión, el tono suave y los tristes conceptos emitidos. Ni la actitud ni el gesto experimentaban alteración apreciable durante el relato, persistiendo la misma serena beatitud. En suma, faltaba la reacción afectiva correspondiente al contenido del lenguaje.

Véase ahora cuál era éste, según la nota redactada por el mismo enfermo:

«Dignísimos doctores: Enfermedad que padezco y síntomas y ataques sobervios que he esperimentado continuamente hace proximamente cinco años. = prencipié ha ver al santisimo sacramento del altar por el suelo adonde quiera, pero muy mal y eran avisos del señor de lo que tenia dentro del cuerpo contrario á sus santisimas virtudes, cuando abia una ymagen de Dios iba hacer oracion me venian malos pensamientos como de dejar la imagen, y yo decia, Dios mio, que daño me has hecho despues que me has criado y redimido; un dia sentí entrar en mi cuerpo muchas luces y el cuerpo me hormigueaba todo. Cuando hiba á rezar se me trababa la lengua y no podia: han seguido y siguen entrando luces y salen algunas veces al hacer oracion: la cargacion de cabeza en un principio fué terrible, con ruidos, malos pensamientos, todos contra nuestro Señor Jesucristo y su santisima ley, no podia dormir, me salian y salen en principio muchas chinas negras, continuamente veia y veo muchas cosas negras delante de los ojos y diariamente se me carga un peso en las espaldas y los hombros con malos pensamientos y en la cama tambien me carga un peso que me veo de ahogar y entrar y salir luces; la luna desde que tengo este padecimiento siempre veo doce ó trece lunas juntas, una sola no he podido ver desde dicho tiempo: varias noches se juntaban en el jardin muchos gatos que se quedaban parados delante de mi, la cabeza me hormigueaba mucho estando ellos delante y hasta de madrugada

que rezando se marchaban. = Tengo sospechas muy claras de una cuñada llamada E. S. con mi mujer R. M. con una ella llamada de apodo lor..... de N. de P. (Avila): yo sentia despues de tomar los alimentos que me salian unas cosas silvando de mi cuerpo, unas cosas que me ponian muy malo, y yo en el pueblo de N. de P. no sospechaba de mi mujer, pero al venir á esta corte notaba al comer que me salian unas cosas muy malas del cuerpo silvando y con malos pensamientos para hacer pruebas fui á comer fuera si un cocido comia en casa, un cocido comia fuera y no me pasaba nada ni sentia nada, una noche estando ausente mi mujer y estando yo en la cama se me cargó un peso encima que me ahogaba y imporando á la virgen santisima pude abrir los ojos y vi á mi mujer en el haire en cueros y en el momento desapareció; debiendo significar á los señores Doctores que en misa no puedo estar de los malos pensamientos y parece que me levantan en alto, he sido Guardia Civil 16 años y tengo que pagar diez centimos por cada guardia que muere y ahora no puedo pagar las hijas pagarán si pueden para cuando yo muera las hijas y la vida (*viuda*) reciben las cuotas que arrojen las defunciones, tengo un hijo ciego con ataques epilépticos en el Hospital general: yo tengo tambien en la cabeza como un cincho que me aprieta mucho = dispensen los señores la molestia, suyo Afmo. subordinado humilde servidor S. V. O».

En cuanto á los caracteres materiales del escrito, obsérvanse las siguientes particularidades: la letra es grande, redonda, clara, regular, los renglones rectos, sin indicios de temblor ni de inseguridad en los movimientos de la mano. La ortografía y la sintáxis son defectuosas, pero no más de lo que suelen ser en los individuos de su clase y de su instrucción.

Como antecedentes no se pudo averiguar más que lo que el enfermo refirió, y esto fué muy poco, deducido el dato del hijo ciego con accesos epilépticos, sin que pueda precisar bien la naturaleza ni el origen de estos accesos. El no recuerda haber padecido ninguna enfermedad de importancia; no ha sufrido afecciones venéreas ni ha cometido abusos alcohólicos.

Para diagnosticar el trastorno mental que padece este enfermo, me servirá de base el escrito que acabo de copiar, analizando detalladamente su contenido; examinaré los conceptos aisladamente en sí mismos y en su conjunto, en su mutua relación, y terminaré por interpretar todos los demás hechos observados.

Lo mismo al oir al enfermo que al leer sus escritos, llama sobre

todo la atención la existencia de un gran número de ideas delirantes basadas en múltiples alucinaciones de la sensibilidad general, de la vista y del oído: las alucinaciones más abundantes, más variadas y de más importancia son las de la sensibilidad general, siendo ellas las que dominan el cuadro morboso; consisten en sensaciones de hormigueo, de peso sobre las espaldas y en la cabeza; sobre todo se agravan estas sensaciones anormales después de comer y cuando está en la cama. Las alucinaciones visuales son también numerosas; consisten en visión de luces, de lunas negras; otras veces experimenta ilusiones visuales, visión múltiple de un objeto único (luna, gato); son también muy frecuentes las alucinaciones combinadas de la vista y de la sensibilidad general, luces y cosas indefinidas que entran y salen de su cuerpo. Las alucinaciones auditivas, en cambio, son muy escasas y rudimentarias, reducidas á ruidos confusos que acompañan á la cargazón de cabeza y á silbidos producidos por las cosas que entran y salen de su cuerpo. Las ideas delirantes, basadas en estos fenómenos alucinatorios, revelan una sistematización muy débil, prueba de que la elaboración psíquica es deficiente. En dos sentidos se orienta la representación ideativa morbosa: 1.°, en el de un delirio místico, de humildad y de pecado, caracterizado por la religiosidad exagerada, la lucha contra los malos pensamientos, el temor de verse vencido por ellos, el desconsuelo de creerse abandonado por Dios; 2.°, en el de un delirio de persecución, demostrado por las sospechas de que su mujer y cuñada sean las causantes de los trastornos que experimenta: estas acusaciones son persistentes, pues las ha reiterado repetidas veces, siempre en análogos términos. Pero ni uno ni otro delirio, ni el místico ni el persecutorio, constituyen un sistema lógico, fuerte y consistente; al contrario, son ambos confusos en su expresión, imprecisos en su determinismo y débilmente defendidos por el enfermo. Además, y esto es un hecho de importancia, el enfermo no los relaciona entre sí de un modo directo é inmediato: unas veces se siente perseguido, atormentado por vagas sensaciones internas, de las que hace culpable á su mujer, sin que pueda explicar de qué medios se vale ésta para producirlas, y otras veces es un místico, que lucha contra las ideas de sacrilegio que nacen en su mente, sin saber tampoco por qué, y que se lamenta de ser castigado por Dios sin motivo. La sistematización, por lo tanto, no puede ser más rudimentaria, faltando la integración superior de ambas series de ideas delirantes en una fórmula única. En suma, ideas delirantes escasas, destina-

das casi exclusivamente á explicar las alucinaciones, mal elaboradas, mal coordinadas, con deficiente enlace mutuo.

Pasando ahora al examen de las reacciones motoras y comenzando por los hechos elementales, debe citarse la existencia de fenómenos de inhibición (se le traba la lengua cuando quiere rezar) y de contradicción (impulsiones á pegar á la imagen ante la cual está postrado); ambos trastornos se relacionan con el delirio místico y tienen la misma significación que las ideas de culpabilidad. Estos hechos no llegan á exteriorizarse, pues el enfermo reacciona contra el impulso y consigue voluntariamente vencerlo. Fuera de esto, no se observa en la esfera motora más trastorno que una cierta tendencia á las actitudes catatónicas, á la permanencia por largo tiempo en la misma postura, de preferencia de rodillas, inmóvil, abismado en la oración ó en la lucha con los malos pensamientos.

Si examinamos en conjunto el estado de la conciencia y la conducta del enfermo, sólo encontraremos datos negativos. La orientación es perfecta, lo mismo en el espacio que en el tiempo; la memoria se conserva íntegra y el comportamiento es irreprochable. Las ideas delirantes sólo aparecieron durante el interrogatorio, cuando expresamente se le preguntaba sobre ellas; fuera de esto, se expresaba correctamente y hablaba con gran cordura de asuntos generales.

El tono afectivo era placentero, de euforia manifiesta; la expresión del rostro era de satisfacción, de bienestar, según he dicho anteriormente, y todos sus ademanes señalaban el mismo grato estado de ánimo. He aquí un dato de importancia para el diagnóstico, la contradicción entre el contenido de las representaciones delirantes, ideas de persecución y de culpa y la reacción afectiva, tranquila y agradable. En toda la conducta del enfermo se revela la misma antítesis entre lo que piensa y lo que hace: se cree abandonado de Dios, lleno de malos pensamientos, él tan religioso, pero no se desespera por ello, no trata de redimirse por la penitencia, no se inflinge castigos ni privaciones; se cree perseguido por su mujer, que le causa incesantemente mil molestias, pero ni adopta precauciones defensivas ni en sus relaciones con su esposa demuestra la acritud ni el resentimiento naturales en el que es víctima de tan malos tratos.

Esta disociación de las ideas delirantes y del tono afectivo, es el primer indicio de la debilidad mental, de la disgregación psíquica, de la demencia, en una palabra. Así nos lo ha enseñado Krapelin al

demostrar que en la demencia precoz podrán parecer muy brillantes las facultades intelectuales del paciente, pero la desarmonía entre el contenido de las ideas y la reacción emotiva es seguro signo precursor de la demencia confirmada, que luego ha de presentarse; así se ha observado desde hace mucho tiempo la extravagante y paradógica conducta del paralítico general, que refiere con la sonrisa en los labios los supuestos tormentos que padece. En cambio, en las psicosis sin estado demencial, la armonía entre la idea y el tono afectivo es perfecta, como lo es también en las condiciones normales. El paranóico místico ajusta fielmente su conducta á sus representaciones delirantes, hace de ellas la norma de todos sus actos, y practicando la fecunda predicación del ejemplo, llega á imponerlas á otros individuos (fundadores de religiones); el paranóico perseguido también ajusta todas sus acciones á su delirio; su expresión desconfiada, su extremada reserva, es fiel reflejo de la mente del que teme siempre las asechanzas de sus enemigos y toma minuciosas precauciones para librarse de ellas y combina ingeniosos planes para vengarse de los que le atormentan.

Para terminar la discusión de los síntomas, sólo me resta hacer constar que nada anormal se apreció en lo somático, en especial ningún trastorno motor ni sensitivo, ninguna alteración manifiesta del aparato circulatorio. Tampoco de los antecedentes familiares ni personales puede inferirse ninguna deducción de importancia.

Y, sin embargo, á pesar de la aparente integridad física, creo, y con esto comienzo á enunciar el diagnóstico, que el trastorno mental de mi enfermo tiene una base orgánica; fundo mi opinión en la preponderancia de las alucinaciones, que han sido, en mi sentir, el punto de partida de la perturbación mental, y que son actualmente lo más saliente del cuadro morboso; en la naturaleza de esas alucinaciones visuales y de la sensibilidad general y en su subordinación á los hechos materiales, su modificación por los sucesos de la vida orgánica, ingestión de alimentos, acto de acostarse; yo me explico la génesis de esas alucinaciones de la sensibilidad general, suponiendo que son provocadas por íntimos cambios en la estructura orgánica que, alterando las relaciones de las vísceras con el cerebro, modifican esas sensaciones ignoradas, subconscientes normalmente, que constituyen el fondo oculto, latente de nuestro estado mental; esas impresiones orgánicas no llegan al campo de la conciencia en estado normal y su percepción por el sujeto es un hecho patológico. Esto no quiere decir que acepte la teoría del origen periférico de las

en la que se encuentra un cálculo en el apéndice. En esta forma el estado del paciente es pasadero en el primer período, y sin embargo, con la operación se encuentra un apéndice negro y gangrenado. El cálculo había ido desgastando lentamente la pared del apéndice y sin graves síntomas precursores y nos encontramos de pronto en presencia de una peritonitis séptica y deletérea. En estos casos intervenimos siempre, aunque acaso se pueda curar alguno espontáneamente, porque no podemos nunca prever si ocurrirá tal contingencia. Así que si bien es posible que extirpemos alguna vez un apéndice sano, es lo cierto que operando siempre salvaremos á muchos que hubiesen sucumbido de no haber sido operados.

El Dr. *L. Landau* dice que en la mujer las complicaciones son causa de que el cuadro clínico no sea siempre muy típico, pero, en cambio, es más fácil en ella la exploración bimanual, y por otra parte, en los órganos genitales internos debemos hacer operaciones á causa de síntomas que se parecen mucho á los de la apendicitis. Sólo que el apéndice, por el movimiento peristáltico, da ocasión á que se propague la inflamación y se abra paso al exterior. Los síntomas subjetivos no sirven para el diagnóstico diferencial; son los mismos que en las perturbaciones genitales, incluso en las histéricas. Tampoco vale el dolor: el mismo punto de Mac Burn rara vez corresponde al apéndice. Los cólicos no corresponden á los órganos en que se sienten. Se ha dicho que han aumentado los casos de apendicitis en estos últimos tiempos, pero la estadística del ejército prusiano no confirma esta opinión. El autor, de todos modos se declara también partidario de la operación precoz, lo mismo que en los casos de piosalpinx, etc. Se cometerán menos errores diagnósticos que si se opera en frío, porque en este último caso hay que fundarse principalmente en motivos de sospecha más que en otra clase de datos.

El Dr. *Olshausen* entiende, en contra de Landau, que el diagnóstico diferencial de si los síntomas provienen de los órganos sexuales ó del apéndice no es difícil, fijándose bien por medio de la palpación en el sitio de los exudados perceptibles. Puede suceder, es verdad, que se atribuyan al apéndice síntomas que provienen de la trompa derecha, pero no ocurre el caso contrario. En general, la resistencia se extiende en dirección transversal si se trata de la trompa y vertical si proviene del apéndice. Es raro que una afección de la trompa se propague al apéndice, ni tampoco en sentido contrario. En los casos de exudados retroperitoneales puede caber confusión. La existencia de una infección blenorrágica y la bilateralidad de los síntomas, son también datos de mucha importancia para pensar más bien en afecciones de los órganos sexuales.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Estudio de los ruidos cardíacos debiles y accesorios. — Según el Dr. W. P. Obrastzow, con la auscultación inmediata se perciben ciertos ruidos cardíacos, y en especial los duplicados, que no se oyen con la mediata. La duplicación del primer ruido, que se oye muy bien cerca del esternón, á nivel del espacio intercostal izquierdo, cuarto ó quinto, se percibe no raras veces en individuos cuyo corazón parece estar sano, observándose toda clase de transiciones entre dicha duplicación y el ritmo de galope patológico y típico. Cree el autor, lo mismo que O Gerhardt, que en caso de duplicación, el primer ruido es presistólico y auricular. A veces la duplicación sólo se oye cuando el paciente se encuentra en decúbito supino. Es frecuente la duplicación ó desdoblamiento del primer ruido, en la clorosis y en la neurastenia, y cuando no existen otros síntomas, se la debe interpretar como un primer grado de debilidad cardíaca, ó por lo menos de que el corazón trabaja más de lo que puede.

La duplicación del segundo ruido que hay que distinguir cuidadosamente del cierre no isócrono de las válvulas semilunares de la aorta y de la pulmonar, en los casos de estrechez mitral, constituye el ritmo diastólico de galope y es debida al diástole pasivo (¿ó activo?) del ventrículo, como consecuencia de la penetración rápida de la sangre. También esta duplicación se observa á veces en corazones al parecer sanos, más á menudo en neurasténicos, pero muy especialmente en casos de hipertrofia y degeneración del corazón.

Además del ruido de galope presistólico, ocasionado por el sístole de la aurícula, existe un ruido de galope propiamente sistólico debido á la duplicación del primer ruido. Esta duplicación reconoce por causa la distensión súbita de las paredes vasculares por la sangre que ha sido arrojada por el ventrículo. —(*Zeitschrift für klin. Medizin*).— R. DEL VALLE.

Expectorantes. — Cuando la tos es seca y pertinaz, aconseja el Dr. Eichhorts tomar tres veces por día diez gotas de la preparación siguiente:

Fosfato de codeína	30 centígramos.
Agua de almendras amargas	10 gramos.

Si la tos se complica con estado saburroso de la lengua, anorexia y náuseas, se emplea la codeína en la forma siguiente:

Fosfato de codeína	30 gramos.
Acido fosfórico medicinal	5 —

Disueltos en 180 de agua.

Jarabe de frambuesas	20 gramos.

Tres cucharadas por día.

La codeína calma la tos, que sostiene y aumenta la congestión de la mucosa, de las que disminuye la secreción y obra así como expectorante in-

chiatrie, Jena, 1904), insiste en la multiplicidad de formas de la demencia senil, entre las cuales incluye los estados que denomina paranóico-seniles, que comienzan gradualmente con irritabilidad y humor taciturno, desconfianza de los deudos y allegados, apareciendo después numerosas ideas delirantes de perjuicio y de persecución, pobre é incoherentemente expresadas (*dürftiger und zusammenhangloser Art geäussert*).

Según Berkley (*A Treatise on mental diseases*, London, 1901), las ideas delirantes de persecución son muy frecuentes en las psicosis seniles, pudiendo ser consideradas como la exageración de los sentimientos de desconfianza y sospecha, tan comunes en los viejos; las alucinaciones son más numerosas de noche, impidiendo el descanso.

El diagnóstico diferencial pudiera hacerse extensivo á varias psicopatías que ofrecen más ó menos remota semejanza con la que padece el enfermo que he historiado; pero para no dilatar más todavía la extensión de este trabajo, sólo atenderé á dos de ellas, la psicosis arterio-esclerosa y la paranoía persecutoria.

Realmente es algo ficticia la separación entre la psicopatía arterio-esclerosa y la demencia senil, pues como he dicho, en la patogenia de ésta juegan el principal papel las alteraciones de los vasos asociados á otras lesiones orgánicas. Debe calificarse una psicosis de arterio-esclerosa, cuando se presenta en un sujeto que no ha llegado á la vejez confirmada, y que sin ninguna otra causa á que achacar el proceso psicopático presente signos evidentes de arterioesclerosis. En el caso presente el enfermo está en plena edad senil, y no se advierten en sus arterias accesibles á la exploración, indicios de esclerosis, sin que tampoco se encuentren en su historia antecedentes de infecciones é intoxicaciones que hayan podido dar lugar á lesiones vasculares distintas de las debidas simplemente á la involución senil.

Con la paranoía persecutoria la diferenciación es obvia; el paranóico no presenta síntomas demenciales, sus síntomas delirantes están sólidamente construídos y enlazados lógicamente; hay perfecto acuerdo entre el delirio y el tono afectivo, y las alucinaciones son preferentemente auditivas. Todos estos caracteres son opuestos á los que presenta la psicopatía de mi enfermo, y por tanto lo mismo por el diagnóstico directo que por el diferencial, se confirma la denominación de *delirio persecutorio senil*.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Caso de epitelioma nasofaríngeo extendido á toda la bóveda palatina y senos esfenoidales. Operación. — El Dr. C. Compaired publica en *El Siglo Médico* lo siguiente :

«Contra la opinión de casi todos los especialistas afirma el Dr. Compaired la frecuencia de casos de esta naturaleza, pues él cuenta con 30 publicados hasta la fecha, además del que ahora relata referente al Ilmo. Señor Obispo de P. (Colombia), de cincuenta y ocho años, quien hizo su viaje á España para someterse al tratamiento que le dispusiera.

Desde dos años antes advertía *una mayor frecuencia* en adquirir catarros nasales, catarros que, además de la obstrucción respiratoria nasal y demás molestias propias á ellos, determinaban siempre una mayor ó menor rinorragia y tenían una duración cada vez más prolongada é insistente.

Hacía diez meses adquirió uno tan intenso que desde luego le fué difícil la respiración nasal, preferentemente por el lado izquierdo, aumentando poco á poco hasta hacerse en absoluto imposible por ambas fosas.

Fué advirtiendo á la vez *sensación de cuerpo extraño*, sin dolor, en la cavidad nasofaríngea, y cuatro meses después (otros cuatro meses antes de su reconocimiento), se le presentaron, dice, unas ampollas en el centro del paladar, ampollas ó abultamientos que se le reventaron el 17 de octubre siguiente, dejando en su lugar una pequeñita perforación que aún subsistía.

La sensación de estorbo por detrás de las fosas nasales y por arriba de la garganta fué aumentando, y á principios de diciembre se le iniciaron fuertes dolores de cabeza en la región occipital, dolores que fueron *in crescendo* hasta hacerse extensivos á toda la cabeza y frente, ininterrumpidos, y privándole del sueño, del apetito y de todo trabajo intelectual desde hacía unos dos meses.

Cuando le vió el Dr. Compaired le encontró en un grado tal de debilidad y de marasmo orgánico por falta de fuerzas, de no comer y no dormir hacía tanto tiempo, que parecía un esqueleto viviente con ojos apagados por el desaliento y el incesante y vivo sufrimiento físico y moral.

Las fosas nasales estaban rellenas por una masa tumorosa, relativamente dura, roja, mamelonada, que no basculaba en ningún sentido y que, por lo tanto, tenía su origen en la porción posterior de la cavidad nasal. Al reconocerle con el estilete daba sangre.

En la bóveda palatina, porción central, pero correspondiendo más bien al trozo palatino del maxilar superior del lado izquierdo, se veía una pequeña fístula rodeada de un reborde duro, azulado, semifungoso, pero que no sangraba ni al tacto ni al reconocimiento con el estilete. El agujero fistuloso, del diámetro próximamente de medio centímetro, parecía comuni-

car con la fosa nasal. A través de éste, como de las fosas nasales, salía un líquido semipurulento, de mal olor y á veces estriado de sangre.

Por el tacto retronasal y rinoscopia posterior apreció la existencia de gran cantidad de masa tumorosa que ocluía ambas coanas y revestía toda la región posterosuperior de la cavidad nasofaríngea.

La iluminación por transparencia acusó claridad en ambos senos frontales y maxilares. No había infarto ganglionar en ninguna región del cuello ni de la nuca. No había tampoco color terroso ni amarillo-pajizo de la piel ni síntoma alguno de caquexia. El aparato digestivo funcionaba bien.

Calificó la neoplasia de epitelioma, pero extrajo un trozo para su examen histológico, como tiene costumbre, y además para fijar más segura y exactamente el diagnóstico, toda vez que en Bogotá (capital de Colombia) calificaron la neoplasia de maligna, y después, en New-York, de lupus.

Propuso la operación como único recurso temporal, puesto que no podía responder de la reproducción más ó menos pronta, y eso dado que ni había caquexia cancerosa ni siquiera *la menor señal ni vestigio* de infarto ganglionar en ninguna parte.

Al efecto, cuatro días después, reclinando la nariz mediante una incisión en el surco nasogeniano de ambos lados, para extirpar la neoplasia que rellenaba el interior de las fosas nasales, y después, mediante largos escoplos, cizallas, tijeras fuertes, osteotomos, etc., etc., resecó toda la bóveda palatina, extrayendo, con restos de tumoración, las porciones palatinas de los maxilares superiores; operando en combinación con el amplio antro nasal previamente abierto, pudo resecar además todo el vómer, el etmoides y trozos de la apófisis pterigoides del esfenoides. Al extirpar todo el velo péndulo del paladar y pilares anteriores y posteriores de la faringe para resecar la neoplasia que quedaba en la porción superoposterior de la cavidad nasofaríngea, vió que ésta había destruído los tabiques anterior y de separación ó intersinusial de los senos esfenoidales, los cuales se hallaban repletos de tumoración, por lo que hubo de extirparle resecando cuanto pudo de esta porción del cuerpo del esfenoides, así como de la porción basilar del occipital.

La operación fué laboriosísima en extremo, tanto por las abundantes hemorragias, cuanto por los accidentes del cloroformo, asfixia por ahogo de sangre, etc., etc., á pesar de los cuidados con que se iban practicando todos los momentos cruentos, ora suspendiendo el cloroformo, ora disminuyéndolo y administrándolo á intervalos, y según la necesidad, con aparatos diversos, bien defendiendo la entrada de las fauces con compresas de gasa que detuvieran la caída de sangre, pero permitiendo la respiración mediante el doble tubo que comunicaba con la laringe para el paso del aire ó de los vapores de cloroformo, y sosteniendo siempre la boca abierta con un fuerte y seguro abre-bocas mantenido por un ayudante, el cual estaba á la vez encargado de elevar la cabeza y cuerpo del enfermo; así pudo llegar á feliz término, después de salvar tantísimos peligros del momento, y quedando el operado en situación grave por el tiempo transcurrido en el acto operatorio, pérdidas de sangre y cloroformo respirado.

El operado reaccionó bien, y á partir de aquella noche cesaron los intensos y constantes dolores de cabeza, reapareció la esperanza y la alegría del

enfermo, comenzó á dormir bien y á nutrirse mediante alimentos líquidos, pero nutritivos, y con todo esto á mejorar en su manera de ser física y moral, hasta el punto que á los siete ú ocho días se encontraban cicatrizadas las heridas exteriores ó dérmicas y pudo abandonar el lecho durante algunas horas, yendo avanzando la mejoría en todos sentidos de una manera franca y rápida.

Sin embargo, el pronóstico no podía ser tan halagüeño para el porvenir, puesto que el resultade del análisis histológico, practicado por el eminente Dr. Cajal, confirmó el diagnóstico por el Dr. Compaired establecido.

El imponente antro que quedó en su bóveda palatina, formando un todo común con la boca y garganta, las fosas nasales, cavidad nasofaríngea y senos esfenoidales, fué cicatrizando con alguna lentitud, reclamando alguna que otra vez sus bordes algún raspado y cauterizaciones con el termo, por aparecer puntos de reproducción, y merced á un aparato protésico pudo ocluírsele para mejorar la fonación y deglución.

Finalmente, repuesto en sus fuerzas físicas, marchó de Madrid á los tres meses de operado, y aun cuando al mes de su marcha se habían iniciado de nuevo los dolores de cabeza, indicio de una probable reproducción del epitelioma, es lo cierto que en este caso se logró el éxito quirúrgico de salvar por el momento al enfermo, prolongándole su vida unos cuantos meses, y evitándole acaso una muerte rapidísima, acompañada de crueles y angustiosos sufrimientos.

Este caso, al igual que los demás que tiene publicados y los que cita en su trabajo *Contribution à l'étude clinique des tumeurs malignes du nasopharynx*, viene á confirmarle una vez más en las apreciaciones que tiene establecidas de que «no podemos—cuanto al pronóstico—dar jamás al paciente ó á sus familias la menor esperanza de curación», aun cuando, como en este enfermo, no existan ni caquexia cancerosa *ni infarto ganglionar*. Contento podrá verse el cirujano con obtener «una mejoría de *alguna duración*, y ésta cuando *logramos extirpar á tiempo* todos los tejidos enfermos y parte de los tejidos sanos que los rodean».

Y respecto al tratamiento, aun siendo el *únicamente eficaz en condiciones dadas* el quirúrgico, tampoco podemos dar garantías suficientes de la no reproducción operando en condiciones excelentes, no en razón de la gravedad mayor ó menor de la neoplasia, sino por las condiciones operatorias de la región en que se implanta».

Rinolito voluminoso. — El Dr. Lazarraga publica en la *Gaceta Médica de Granada y del Sur de España* el caso clínico siguiente:

«Ildefonso Cabo, de cincuenta años de edad, comerciante, domiciliado en Melilla, se quejaba de grandes molestias en la nariz y cabeza, imposibilidad de respirar con libertad, sobre todo por la noche, y presencia constante de pus en la garganta, lo cual le producía náuseas, inapetencia y alteraciones del estómago, resultando inútiles cuantos medios había puesto en práctica hacía más de veinte años para combatir estos síntomas que se iban acentuando cada día más.

Su boca entreabierta, su manera de hablar y la caída de las alas de la nariz, revelaban la obstrucción de las fosas nasales en este enfermo. En

efecto, la del lado derecho se hallaba completamente cerrada por un enorme pólipo carnoso, rodeado de abundante supuración. La luz de la fosa nasal izquierda se hallaba disminuída extraordinariamente á causa de una gran convexidad que en esta parte presentaba el tabique, el cual estaba normalmente adherido á la parte media del suelo de la fosa nasal, sin huella de fractura antigua; también esta fosa nasal se hallaba bañada de pus, procedente sin duda de la fosa del lado derecho.

Por la rinoscopia posterior se veía la abertura derecha obstruída completamente por la cola del cornete inferior enormemente hipertrofiada, pues alcanzaba hasta tocar el cornete del lado izquierdo; la abertura del lado izquierdo se hallaba poco permeable por la misma causa, y el cavum, así como la faringe bucal, bañados completamente por pus.

Procedió al siguiente día el Dr. Lazarraga á desembarazar la fosa nasal de los pólipos que la llenaban, y después de extraer con el asa fría seis voluminosos, reconoció con el estilete la presencia de un cuerpo duro, grande y movible.

Como el enfermo no era sifilítico ni había sufrido inflamación alguna que pudiera explicar la presencia de un secuestro, y como por otra parte no recordaba el enfermo haberse introducido en la nariz cuerpo extraño de tal calibre, diagnosticó por exclusión un rinolito.

Intentó extraerlo por medio de una pinza sencilla, pero le fué imposible; en vista de ello introdujo otra pinza más resistente, á beneficio de la cual pudo felizmente romper el cálculo, logrando empujar uno de los fragmentos á la faringe. Al siguiente día, y previa fuerte cocainización, pudo extraer el otro trozo por la parte anterior, lo cual le costó bastante trabajo, pues tuvo que cambiar de posición al rinolito para adaptar la parte más alargada á la forma y dirección de la fosa nasal.

Los dos trozos se correspondían perfectamente, y el cálculo, de aspecto negruzco y cuya composición era fosfato de cal, pesaba 7'50 gramos. Desinfectó cuidadosamente la fosa nasal, que taponó con gasa sublimada, y en días sucesivos extirpó los pólipos que rodeaban el sitio donde el cálculo se hallaba asentado, raspó con la cucharilla los puntos de implantación de los mismos, amputó con el asa galvánica la cola del cornete hipertrofiado, y practicó cauterizaciones eléctricas de ambos cornetes inferiores, quedando el enfermo completamente curado al mes de haberse iniciado el tratamiento». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

XV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Celebrado en Lisboa del 19 al 26 de Abril de 1906.

(Conclusión)

La orientación fetal y la ley de Pajot.— El Dr. A. Da Costa: Para comprobar la exactitud de los célebres experimentos de Pablo Dubois, he procurado repetir los ensayos de inmersión de cadáveres fetales en condiciones que puedan dar más tiempo á la observación del fenómeno.

Es sabido que P. Dubois observó que los fetos sumergidos en grandes masas de agua caen al fondo de la bañera donde se practica el experimento, tocando siempre el fondo por uno de los hombros ó por el dorso, de donde saco la consecuencia de que los fetos no son más pesados por parte de la cabeza que de las nalgas. Creo que puede demostrarse con facilidad que las conclusiones de P. Dubois no son exactas. Si se sumergen fetos que conservan en lo posible las condiciones intra-uterinas (flexibilidad, falta de signos de maceración, de respiración, etc.) en agua tibia muy salada, se les ve sobrenadar. Si después se añade gradualmente agua tibia sola, con objeto de disminuir de un modo progresivo la densidad del agua, llega un momento en que el feto principia á sumergirse.

Pero no se sumerge en masa; en la mayor parte de los casos lo hace la cabeza, mientras que las nalgas permanecen á flor de agua. Otras veces sucede lo contrario. Jamás he observado que se sumerjan por el hombro ó por el dorso.

A causa de estos resultados, que son constantes cuanto á la diferencia de peso entre la cabeza y las nalgas, y que varían sólo cuanto al sentido de esta diferencia, creo que hay motivo para admitir que la diferencia de pesos específicos puede ser la causa ó una de las causas más importantes de la orientación intra-uterina del feto. Indudablemente no es la causa única, pero tampoco es un factor despreciable, como pretendía P. Dubois y como pretenden también la mayoría de los tocólogos, que quieren explicarlo todo por la ley de acomodación de Pajot, la que se limita más bien á revelar un hecho que á dar una explicación satisfactoria.

Auto-intoxicaciones en el embarazo.— El Dr. C. do Pinho: Los venenos del organismo de las mujeres embarazadas son endógenos ó maternos y exógenos ó fetales. Los primeros proceden de un retraso de la nutrición ó de una auto-intoxicación de origen intestinal. Los productos de desasimilación del feto penetran en el torrente circulatorio de la madre y aumentan la toxemia gravídica. El organismo materno necesita emplear todos sus medios de defensa para librarse del aumento de substancias tóxicas en la sangre.

Muchos de estos medios de defensa están más ó menos comprometidos á causa de las condiciones fisicoquímicas ó mecánicas que origina la presencia del feto en el útero. La estancación del contenido intestinal, la dificultad con que circula la sangre por los vasos del abdomen y de los miembros inferiores, la compresión de las vísceras, la disminución del campo respiratorio, etc., representan otros tantos obstáculos para la actividad normal de las defensas del organismo. Fácil es comprender, por lo tanto, cuán compleja es la intoxicación gravídica. No admito, como hacen otros autores, que dicho estado morboso es debido al trastorno funcional de tal ó cual órgano. Bouffe de Saint-Blaise le atribuye á la deficiencia funcional del hígado; Dieus á la del corazón, etc.

Creo que la auto-intoxicación gravídica es en cierto modo el resultado de dos corrientes opuestas, á saber: el aumento de los venenos y la debilidad del organismo por extenuación ó por falta de energía congénita. Me parece que debe ensancharse el cuadro clásico de estas intoxicaciones puesto que hay accidentes cardíacos, enfermedades del feto, etc., que no son sino manifestaciones de la misma intoxicación. Al reconocer á una enferma embarazada deben investigarse con el mayor cuidado todos los signos susceptibles de revelar la eliminación insuficiente de venenos del organismo, sobre todo los reflejos tendinosos, la albuminuria, los trastornos del intestino y de la actividad cardíaca.

El Dr. S. Recasens: Las auto-intoxicaciones gravídicas deben dividirse en dos clases: las que se producen en los tres ó cuatro primeros meses de la gestación, y que se revelan por vómitos, ptialismo, etc.; las que aparecen en una época más tardía, y se caracterizan principalmente por convulsiones. En los primeros meses del embarazo el veneno proviene del óvulo, y la supresión del flujo catamenial desempeña quizá cierto papel, favoreciendo la retención de los productos tóxicos que en estado normal se eliminan con la sangre menstrual. Las del último período dependen, al parecer, de los trastornos funcionales de la placenta.

El Dr. Ferreira: El sistema nervioso desempeña un papel importante en estos trastornos, y prueba de ello es que muchas veces los vómito del embarazo desaparecen bajo la influencia de la sugestión.

El Dr. Pinho: No creo esencial, como el Dr. Recasens, la diferencia entre las auto-intoxicaciones de los primeros y de los últimos meses de la gestación, puesto que el origen de las toxinas es el mismo en ambos casos, si bien en la segunda mitad del embarazo los venenos son más abundantes y su acción más enérgica. Creo que estas toxinas son de origen intestinal, no ovular.

Indicaciones y técnica de la operación cesárea.—El Dr. A. da Costa: Creo que es preciso resolver los dos problemas siguientes:

1.° Cuando es necesario extraer un niño que no puede pasar por las vías naturales, ¿debe elegirse la operación cesárea, la sinfisiotomía, la isquiopubiotomía, la hebotomía ó la embriotomía?

2.° Cuando es preferible la operación cesárea, ¿se practicará la conservadora ó la mutiladora, la abdominal, la vaginal ó la suprapubiana?

Si es posible elegir en igualdad de indicaciones entre la operación cesárea y la sinfisiotomía, debe decidirse por la primera. Cuando se duda en

la elección de una y otra se preferirá la operación cesárea, recurriéndose sólo á la sinfisiotomía en los casos en que las circunstancias especiales de cada enferma (infección ovular ó uterina, anemia profunda, caquexia, etcétera) hacen peligrosas las consecuencias de la operación cesárea; salvo en casos excepcionales difíciles de conocer, la placenta previa no constituye una indicación para la operación cesárea.

En general, el momento más conveniente para intervenir es al principio del trabajo del parto.

La técnica de la operación cesárea es sencillísima. Para la incisión uterina hay que guiarse por las condiciones especiales de cada caso, sin idea preconcebida. La incisión longitudinal media anterior, cuando no hay motivo particular que se oponga á ella, parece en general la mejor. Excepto en los casos en que es preciso terminar con rapidez la operación, es preferible no incindir el útero hasta después de extraerlo del abdomen. Antes de abrir la matriz conviene que un ayudante introduzca dos dedos en la vagina de la operada, á fin de rechazar, cuando lo ordene el operador, la parte del feto que se presenta. Todas las suturas uterinas son buenas, siempre que reunan las cualidades de solidez, confrontación perfecta de los bordes incindidos é impermeabilidad completa al paso de los líquidos.

Las operaciones cesáreas mutiladoras van perdiendo terreno á medida que se perfeccionan las técnicas operatorias ginecológica y obstétrica. La operación de Porro y la histerectomía total sólo están indicadas en los casos en que la conservación del útero puede ser peligrosa para la mujer, por infección, tumores, grandes desgarros, hemorragias abundantes, osteomalacia ó tuberculosis.

Respecto á la operación cesárea extraperitoneal, podía tener su razón de ser cuando el peritoneo era la pesadilla de los cirujanos, pero hoy no debe recurrirse á ella más que cuando es imposible emplear por alguna causa extraordinaria la vía abdominal ó la transperitoneal.

El bocio exoftálmico considerado como enfermedad y como síndrome. — El Dr. V. Machado: La patogenia de la enfermedad de Basedow es una de las cuestiones más debatidas en neuropatología, á la vez que de las más interesantes. La anatomía patológica, aunque no ha descubierto aún una lesión específica, la experimentación y las investigaciones bioquímicas han suministrado en ciertos casos datos importantes para la interpretación del síndrome de Basedow; pero las más de las veces no han servido más que para complicar el problema. Tampoco han conseguido resolverle la medicación opoterápica, de efectos variados é inconstantes, ni las diversas intervenciones quirúrgicas (tiroidectomía, oxitiropexia, resección del simpático cervical).

Se han invocado varias teorías para explicar la patogenia de la enfermedad de Basedow. Unos la consideran como una neurosis. Otros (Basedow, Beau, etc.) como de origen hemático y debida á la irrigación del sistema nervioso por sangre pobre ó viciada. Para ciertos autores es una intoxicación, cuyos efectos se localizan sobre el sistema nervioso, en particular sobre el gran simpático.

Ninguna de estas teorías es capaz de invocar todos los casos clínicos. Respecto á la que considera dicha enfermedad como debida á una toxina

de origen tiroideo, aun admitiendo que la glándula tiroides y las paratiroides desempeñen cierto papel en la génesis de algunos síntomas de este estado morboso, queda por demostrar que hay siempre en la enfermedad de Basedow alteraciones orgánicas ó funcionales de dichas glándulas, que estas alteraciones son siempre primitivas, es decir, que su aparición coincide con la de los primeros síntomas del mal, y por último, que las lesiones glandulares son causa y no efecto de los trastornos nerviosos.

Existen, en efecto, ejemplos típicos de enfermedad de Basedow sin modificación clínica del cuerpo tiroides y otros de bocio, que no han sido siempre el síntoma inicial del basedowismo. Creo, por lo tanto, ateniéndome á mi experiencia, que la enfermedad de Basedow es una neurosis, si bien no niego que algunos síntomas observados en el basedowismo con alteración del cuerpo tiroides, son debidos quizá á modificaciones cualitativas ó cuantitativas del jugo tiroideo, que produce en estas circunstancias una autointoxicación.

La observación clínica me ha conducido á considerar como un síntoma basedowiforme, que simula más ó menos exactamente el bocio esoftálmico: 1.°, el que se observa en los bocios simples antiguos, que adquieren los caracteres de la enfermedad de Basedow; 2.°, el grupo de algunos síntomas parecidos, pero no idénticos á los del basedowismo, y que son consecutivos á diversas infecciones (sífilis, etc.); 3.°, el síndrome que se produce cuando las lesiones orgánicas pertenecientes á diversas neurosis se propagan á ciertas regiones del sistema nervioso susceptibles, cuyos trastornos funcionales se asemejan á los síntomas del basedowismo; 4.°, el síndrome llamado basedowismo reflejo.

El Dr. Raymond: Creo también que la enfermedad de Basedow debe ser considerada por ahora como una neurosis bulboprotuberancial de origen cerebral. El período del padecimiento lo constituye la afectividad, estado morboso cortical. El tiroides, perturbado en sus funciones, reacciona á su vez. No es posible que haya una teoría patógena de esta enfermedad exclusivista.

Ventajas de la sutura de la córnea en la extracción de la catarata. — El doctor F. Suárez de Mendoza: En la operación de la catarata, al lado de los éxitos verdaderos, es decir, de los casos en los que los enfermos pueden ser considerados como curados por completo, hay otros muchos que, aunque ven con claridad, tienen un enclavamiento del iris, una soldadura de la pupila, una gran pérdida del vítreo, etc. En estos enfermos la iridocoroiditis supurada, el glaucoma, el desprendimiento de la retina pueden anular en pocas horas los éxitos considerados á la ligera como brillantes. En una comunicación que dirigí hace diez años á la Academia de Medicina y y á la Sociedad de Oftalmología de París, dí á conocer un procedimiento de sutura que he inventado para prevenir estos accidentes. He empleado este procedimiento en 215 casos, obteniendo 215 éxitos inmediatos, aunque dos de ellos, á causa de accidentes, resultaron al fin fracasos.

Auto-intoxicaciones intestinales. — El Dr. A. Rovighi (*Conclusiones*): 1.ª Las investigaciones clínicas y experimentales prueban la acción tóxica de los productos de la putrefacción intestinal, es decir, del indol, del escatol y del inol. Estas substancias obran: sobre el sistema nervioso, sobre

el hígado, sobre los riñones, sobre la sangre y sobre los órganos hematopoiéticos;

2.ª Las propiedades tóxicas del líquido urinario y sus éteres sulfoconjugados aumentan en varios estados patológicos del organismo, por ejemplo, en la epilepsia y en la melancolía, con estreñimiento ó con trastorno en las funciones gastro-intestinales;

3.ª El régimen alimenticio ejerce una gran influencia sobre la eliminación de los éteres sulfoconjugados;

4.ª Los purgantes salinos, las irrigaciones intestinales con disoluciones bóricas, el régimen lácteo, y en particular el empleo del kefir, tienen la propiedad de disminuir la putrefacción intestinal;

5.ª La eliminación de los éteres sulfoconjugados varía en las diferentes horas del día; las bebidas abundantes y el ejercicio muscular aumentan la excreción de estos productos por la orina;

6.ª Todo induce á creer que estos productos desempeñan cierto papel en las diversas manifestaciones morbosas que interesan el hígado (congestión é hígado dispépsico), la crasis sanguínea (anemia de las escuelas, de los que padecen gastro y enteroptosis, enfermedad de Werlhoff, etc.), ó el sistema nervioso (neurosis y ciertas lesiones de las células grises nerviosas).

Empleo del subnitrato de bismuto en las gastropatías.—El Dr. G. Hayem: Las investigaciones sobre la marcha de las funciones digestivas me ha demostrado que el subnitrato de bismuto produce todo el beneficio que puede producir sin modificar lo más mínimo lo que los autores designan con el nombre de *hiperclorhidria*. La acción del subnitrato de bismuto es independiente de la forma química del trabajo estomal. El subnitrato de bismuto es el medicamento del dolor gástrico. Produce este efecto sin irritar ni molestar. Es superior, por lo tanto, desde este punto de vista, á todos los medios anestésicos. Es tan útil en los hipopépsicos y apépsicos como en los hiperpépsicos. Está indicado de una manera especial, pero no exclusiva, en la úlcera. En el cáncer, la cura con el bismuto calma los dolores, pero en cuanto se suspende la medicación aparecen de nuevo éstos y los enfermos piden de nuevo el medicamento; se hacen bismutomanos.

Para que el bismuto sea eficaz necesita ser administrado á la dosis de 15 á 20 gramos. Al contrario de lo que podría creerse, estas dosis elevadas combaten el estreñimiento y hasta producen á veces algo de diarrea. Es lógico creer que el subnitrato de bismuto extendido sobre la superficie mucosa obra como un cuerpo aislador y protege las terminaciones nerviosas.

La acción antiséptica del subnitrato de bismuto en el intestino, es innegable; tarda poco en hacer inodoras las deposiciones. Es probable que esta acción sea menos acentuada en el estómago, pero suficiente para poder atribuirla una parte importante de los efectos terapéuticos obtenidos.

Nuevos signos de la insuficiencia pancreática. — El Dr. J. Ferreira: Para calcular el grado de insuficiencia pancreática empleo dos métodos: uno destinado á comprobar la facultad diastásica y el otro la transformación íntegra de las grasas en ácidos grasos y glicerina.

Un glucósido, la salicina, que se extrae de la corteza del sauce, se descompone bajo la influencia de la saliva, á 20 ó 30°, en saligenina y gluco-

sa. El fermento pancreático le descompone también. Si se hace ingerir á un enfermo salicina contenida en cápsulas de gluten (pueden administrarse hasta 4 gramos, puesto que esta substancia se ha empleado antes contra la fiebre) y la función pancreática está poco ó nada alterada, la orina presenta la reacción salicílica y reduce el licor de Fehling. La reacción del ácido salicílico es típica, porque la salicina se elimina en forma de ácidos salicílico y salicilúrico y de hidruro de salicilo. Esta reacción es puramente diastásica, según demuestra con toda claridad la prueba de la saliva; la aparición, más ó menos precoz, en la orina del ácido salicílico y de la glucosa, indica el grado de insuficiencia pancreática.

En el segundo método hago ingerir en ayunas al enfermo lecitinas y aceite de olivas, prefiriendo, para que no repugnen, la fórmula recomendada por Chauffard para el tratamiento del cólico hepático, elevando el número de yemas de huevo de 2 á 6.

Aceite de olivas	300 á 400 gramos.
Coñac	15 —
Yemas de huevo	Número 6.
Mentol	50 centígramos.

Cuando la función pancreática está poco ó nada perturbada, se encuentran en la excreta todas estas grasas en estado de glicerina y de ácidos grasos. Estos últimos deben buscarse en las heces fecales por el método de Camus y de Jacobson, fundado en la acción colorante efectiva de los colores básicos de anilina sobre dichos ácidos.

Entre los diferentes signos que permiten conocer la insuficiencia pancreática hay uno, debido á Sahli, que ha disfrutado hasta ahora gran valor entre los clínicos: es la reacción del salol. Tiene, en verdad, un gran interés, pero no da la clave de la energía diastásica del fermento pancreático. La descomposición del salol en ácidos fénico y salicílico se produce en el intestino, y nada prueba que desempeñe en este caso un papel preponderante y exclusivo. La prueba dominante es que la ptialina no descompone el salol y sabemos que los fermentos salivales y pancreáticos son similares desde el punto de vista diastásico.

Patogenia de la diabetes. — El Dr. W. Pavy: Para que haya glucosuria es preciso que haya glucemia. Es de necesidad absoluta, por lo tanto, que en el hombre en estado normal los hidrocarburos sean asimilados antes de llegar á la sangre. Mis experimentos prueban que los hidrocarburos son transformados en albuminoides por un fenómeno de síntesis bajo la influencia de los linfocitos, de las vellosidades intestinales y en grasa por las células epiteliales de estas mismas vellosidades. Los que se libran de esta doble transformación son conducidos al hígado por la vena porta y convertidos allí en glucógeno.

El trastorno de cualquiera de estas tres funciones es capaz de originar la diabetes. La transformación de los hidrocarburos en albuminoides ó en grasa es debida á una enzima cuya existencia está relacionada con la secreción interna del páncreas. El azúcar puede también aparecer en la sangre á consecuencia de la descomposición de la molécula compleja, en la que

el azúcar (procedente de los alimentos) se encuentra en estado de combinación.

Estas dos clases de fenómenos dependen del sistema nervioso: se trata de una parálisis motora de la zona quilopoiética que favorece además la glucemia alterando el curso de la sangre en la vena porta, oxigenándola y transformando así el glucógeno en azúcar. Esta parálisis vasomotora es, al parecer, de origen cerebral; la diabetes entra, por lo tanto, en la clase de las neurosis, con la variante de que el trastorno funcional no interesa la movilidad, la sensibilidad ni las funciones psíquicas, sino la función vasomotora, igual que en el bocio exoftálmico, estando localizado el trastorno en una porción del sistema vasomotor (zona quilopoiética en la diabetes).

Diagnóstico de las pericarditis latentes con derrame poco abundante.—El doctor J. Ferreira: Para descubrir la pericarditis latente con derrame poco abundante, basta colocar al enfermo en la posición de Trendelenburg, y entonces se observan los fenómenos siguientes:

El derrame, obedeciendo á las leyes de la gravedad, se dirige hacia la parte declive, es decir, hacia la base del corazón, apareciendo al poco tiempo la disnea á causa de la compresión de las aurículas y de los gruesos vasos. Puede observarse también á veces disfagia al ser comprimido el esófago por el fondo de saco de Haller. Este signo no tiene el mismo valor que la disnea. El pulso se hace pequeño y tiende á tomar los caracteres del paradógico. Se observa después que la macicez del vértice coincide con el impulso del punto, y que, por un fenómeno de inversión, el primer ruído se hace normal y el segundo sordo.

Si la posición de Trendelenburg se prolonga durante algún tiempo, en cuanto el enfermo recobra la posición inicial puede apreciarse la dilatación de la aurícula derecha, distensión pasiva que se explica perfectamente por su ligera resistencia á la compresión. El segundo tono pulmonar se acentúa bastante, prueba de que aumenta la tensión circulatoria en el territorio pulmonar. Este conjunto de signos tiene gran importancia por tratarse de casos que burlan la sagacidad del clínico más hábil.

Consideraciones prácticas sobre la trepanación mastoidea.—El Dr. F. Suárez de Mendoza (*Conclusiones*): 1.ª En el estado actual de nuestros conocimientos es imposible dar reglas fijas respecto al momento oportuno y al género de intervención.

2.ª La antrotomía de Schwartze es suficiente en ciertos casos para contener el proceso inflamatorio de la región mastoidea y para prevenir la posibilidad de lesiones graves é irreparables. En ciertos casos la operación radical debe ser considerada como un procedimiento inútil que no está justificado en modo alguno.

3.ª En otros casos, por el contrario, las indicaciones de la antrotomía dadas por Schwartze deben ser consideradas como limitadas, porque las lesiones son á veces tales que la operación es insuficiente, y por lo tanto, peligrosa. En estos casos es preciso recurrir, según las circunstancias, á otros procedimientos.

4.ª La experiencia y el sentido clínico dictarán al cirujano la elección del procedimiento.

5.ª Aunque no pretendo sustituir sistemáticamente el empleo de la sie-

rra tubular al de la gubia y el martillo, creo que asociando en la cirugía del oído estos diversos instrumentos, se opera con más rapidez, precisión y seguridad.

6.ª En cirugía mastoidea el tratamiento post operatorio debe ser el más sencillo posible.

7.ª No es preciso inspirarse demasiado en los preceptos de la cirugía general para condenar las curas más ó menos complicadas.

8.ª El relleno de la cavidad operatoria, aconsejado en estos años últimos, perturba el esfuerzo natural reparador y debe ser condenado en absoluto.

Las meningitis cerebro-espinales. — El Dr. A. J. Cabral: Las meningitis cerebro-espinales se dividen en dos grupos, el primero de los cuales está representado por la meningitis cerebral epidémica, cuyo agente específico es el *micrococus intracellularis meningitides*, descubierto por Weichselbaum. Esta forma se distingue de las demás meningitis, no sólo por su etiología específica, sino por ser una enfermedad primitiva, protopática, y por revestir el carácter epidémico.

El segundo grupo comprende todas las meningitis que sobrevienen como epifenómenos, como complicaciones secundarias ó determinaciones deuteropáticas en el curso de otras enfermedades. Son debidas al neumococo, á los bacilos de Eberth ó de Pfeiffer, al colibacilo, al microbio de Neisser, al de la peste ó del muermo, la meningitis sifilítica, la reumática, etc.

Voy á ocuparme de la meningitis cerebro-espinal epidémica, de la que he observado 180 casos durante la última epidemia de Algarve.

El modo de invasión de la economía es muy obscuro y sólo pueden hacerse respecto á este asunto conjeturas más ó menos verosímiles. Según unos autores, la infección se produce por las vías respiratorias, y según otros por las digestivas, constituyendo los trastornos gástricos una causa predisponente. La opinión más general es la que admite que el microbio penetra en el organismo por la mucosa de las fosas nasales. El meningococo llega á la cavidad craneana atravesando la lámina cribosa del etmoides y siguiendo los vasos linfáticos de la pituitaria.

Unos patólogos admiten el carácter contagioso de la meningitis cerebro-espinal epidémica y otros le niegan. Creo, ateniéndome á lo observado en la epidemia referida, que el enfermo de meningitis es un elemento de propagación de la infección, bien por contacto directo ó por el intermedio de los objetos contaminados.

Las más de las veces la meningitis se manifiesta de un modo brusco, en plena salud. Los síntomas que constituyen la triada característica son: calofríos, cefalalgia y vómitos. En algunos casos hay prodromos caracterizados por aplanamiento general, hormigueo y dolores en las extremidades inferiores, cólicos y fenómenos de gastro-enteritis. En la forma raquidiana el principio es lento y se caracteriza por trastornos sensitivos y motores. A la invasión brusca de la enfermedad sigúe un período corto de remisión, mitigándose los fenómenos iniciales ó convirtiéndose en estupor. Este período, que dura unas cuantas horas, principia en el segundo día de la enfermedad, á veces en la tarde del primero. Los vómitos cesan en seguida, pero la fiebre aumenta en cambio de intensidad, y aparecen fenómenos excito-motores y psico-sensoriales, predominando las convulsiones, las contractu-

ras, el opistótonos, el delirio, la agitación y el insomnio. El estreñimiento es rebelde y la lengua se pone pastosa, aquejando el enfermo anorexia y sed. Este estado persiste unos ocho días, principiando la mejoría en los casos benignos.

La muerte se observa en el 40 por 100 de los casos, variando sus causas inmediatas según la forma de la enfermedad. En los casos sobreagudos el enfermo muere en el coma. En las formas convulsivas la muerte es debida á la asfixia por contracción tetánica del diafragma é inmovilización del tórax. El trastorno nutritivo de los centros nerviosos, originado por la meningitis, produce el síndrome bulbar y la muerte. Otros enfermos mueren á causa de la debilidad del miocardio, de la congestión y edema pulmonar, y del edema de la glotis. En las formas prolongadas de la enfermedad la muerte sobreviene por miocarditis, astenia general, colapso, coma, inanición, etc.

El diagnóstico de la meningitis epidémica es de ordinario fácil. En los casos dudosos debe recurrirse al examen bacteriológico y citoscópico del líquido cefalorraquídeo extraído por punción lumbar. La reacción aglutinante del suero sanguíneo facilita el diagnóstico en ciertos casos. El signo de Kenig es uno de los síntomas más frecuentes de la meningitis epidémica, pero no tiene el valor semeiológico que se le ha atribuído. Falta en algunos casos, en otros su aparición es tardía y es tan frecuente en la meningitis cerebro-espinal tuberculosa como en la epidémica.

Las lesiones anatómicas son á veces congestivas ó hidrocefálicas. Los derrames pueden ser serosos, serofibrinosos ó purulentos. La supuración es en ciertos casos precoz y se observa ya á las pocas horas. La inflamación es más común en la base del encéfalo, donde los exudados son más abundantes y forman una capa continua ó islotes. Los nervios suelen participar del proceso inflamatorio. Los exudados respetan al parecer casi siempre el trayecto de los vasos sanguíneos. Las hemorragias meníngeas son frecuentes, igual que los focos hemorrágicos en el tejido del cerebro y de la médula. En la cavidad raquídea la lesión más común es la presencia de falsas membranas en la cara posterior de la médula. Se han encontrado en ciertos órganos hemorragias y placas necrósicas.

El tratamiento más racional y el que, al menos en Portugal, ha producido mejores resultados, es el empleado primeramente por el Dr. Franca, es decir, el empleo sistemático de las punciones lumbares seguidas de inyecciones de líquidos antisépticos.

La terapéutica local en las enfermedades infecciosas.—El Dr. A. Charrin: En vista del éxito terapéutico de los cirujanos, debido cuando menos en parte á las condiciones que permiten obrar directamente sobre el agente morbífico, la medicina tiende cada vez más á emplear la terapéutica local en ciertas enfermedades del estómago, del intestino, del hígado, del bazo, de los riñones, de las serosas, etc. Estas tendencias no están libres de exageraciones, á causa más que nada de olvidar la fisiología. Conviene, por último, saber que las conexiones de los tejidos vasculares, y sobre todo nerviosas, hacen rara y difícil la localización absoluta de estas intervenciones.

Estos procedimientos son variados. Puede destruirse ó expulsarse un parásito, recurrirse á agentes físicos, al amasamiento, á la compresión, al

frío, al calor. Una hipertermia ligera activa la vitalidad de muchos tejidos, susceptibles, por lo demás, de soportar elevaciones que lleguen á 48, 50° y más, aunque ya á los 42° la bacteridia se convierte en vacuna. Es posible moderar, localizar la acción de estas temperaturas de igual manera que la de la luz, cuyas irradiaciones modifican los seres vivientes; los cuerpos inorgánicos, influyen sobre nuestros órganos y nuestros plasmas, atenúan muchos microbios y activan la función de nuestras células. Los resultados obtenidos con los rayos X en los tumores, las anemias, las esplenopatías, etcétera, son muy satisfactorios; lo mismo ocurre con las emanaciones del radio. La electricidad obra sobre las atrofias, sobre las parálisis, y además de su acción directa produce calor ó principios químicos.

Le revulsión dirige los microbios á una zona elegida de atemano, casi siempre de importancia fisiológica secundaria. Las estancaciones, los edemas, las hiperemias circunscritas, intervienen de un modo útil por sus humores microbicidas, por el ácido carbónico, por las células, etc.

Hemos demostrado de una manera experimental que en el territorio en que se determinan estas modificaciones puede destruirse una toxina. En esta zona, gracias á los leucocitos, á los fagocitos, á las serosidades más ó menos abundantes en alexina, y á veces, sin duda, en otros principios antitóxicos ó bactericidas, esta toxina, y hasta los agentes patógenos, se atenúan y hacen impotentes.

La noción en la existencia de microbios patógenos en puntos de fácil acceso, como la faringe en el caso de difteria, el útero en el de infección puerperal, etc., es un dato capital en favor de estas terapéuticas locales. El esfuerzo curativo es bastante eficaz mientras estos microbios no penetran en el torrente circulatorio y se ponen fuera de nuestro alcance. Aun después de la difusión estas terapéuticas son útiles por disminuir el valor del factor cantidad que influye sobre los virus igual que sobre las ponzoñas.

Otras investigaciones nos han conducido á conocer la importancia de los antisépticos insolubles incapaces de ir á donde nada tienen que hacer; quedan en las cavidades ó en las superficies que reclaman su acción, prolongándose el contacto entre el medicamento y el principio nocivo. Esta insolubilidad limita los efectos nocivos ejercidos por ciertos antisépticos que, excepto los específicos, son susceptibles de alterar la célula de la economía igual que la bactérica.

Una serie de trabajos nos han hecho conocer que los medicamentos, aun los solubles, obran durante mucho tiempo sobre los tejidos enfermos y á pequeñas dosis, aplicados cerca ó en el seno de estos tejidos. Sabemos, en efecto, que una serie de cuerpos se unen á las células durante más ó menos tiempo; éstas dejan en gran parte de circular y se convierten hasta cierto punto en partículas sólidas. Otros experimentos nos han enseñado que las substancias químicas, aun introducidas por los vasos ó el aparato digestivo, se acumulan de preferencia en los territorios enfermos. En estos territorios la sangre circula con más lentitud, los capilares están dilatados y los vasillos neoformados carecen casi siempre de fibras musculares; la congestión y la inflamación, patrimonio de estos territorios, tienen la particularidad de hacer que pase más líquido sanguíneo con menos velocidad, y que la

diapedesis, facilitada, deje salir más leucocitos aptos para transportar tal ó cual producto. En resumen, la terapéutica general tiende á hacerse local.

Añadiremos que estos datos contribuyen á explicar la utilidad de diversos procedimientos de curación localizados en un espacio limitado, por ejemplo la revulsión, ciertas estancaciones ó hiperemias, algunos edemas, los abscesos llamados de fijación, que atraen á un tejido poco importante, agentes morbíficos, microbios ó venenos, que dejan libres los órganos importantes, y que por eliminación, gracias á un exutorio artificial ó agotando en la lesión circunscripta la fuerza del adversario, facilitan por una cura local una afección capaz de perjudicar á todo el organismo.

Sobre la ponzoña de la serpiente Habou.— El Dr. Tomataro Ishizaka: Las serpientes Habou viven en las islas Sudoeste del Japón, sobre todo en Linkin y Oshina, y su ponzoña extremadamente virulenta las hace muy temibles para los indígenas. Las investigaciones que he practicado con esta ponzoña me permiten sacar las conclusiones siguientes: el principio esencial de la ponzoña de esta serpiente es una *hemorragina*, pero además contiene una hemolisina, una aglutinina y una cantidad pequeña de neurotoxina.

La inyección subcutánea de esta ponzoña provoca, lo mismo en los animales de sangre caliente que en los de sangre fría, en el sitio de la inyección, una gran hemorragia intersticial; las inyecciones intravenosas producen también hemorragias submucosas ó subserosas en las diferentes vísceras, estómago, intestinos, pulmones, corazón, etc.

El veneno ejerce asimismo una acción paralizante sobre el aparato motor de los animales de sangre caliente y sobre el corazón de los de sangre fría. En los primeros la causa directa de la muerte es la suspensión respiratoria producida por parálisis respiratoria.

La inyección directa del veneno en los centros nerviosos provoca fenómenos convulsivos por acción mecánica (hematomas submeníngeos).

El veneno no produce efecto hemolítico alguno, excepto una ligera acción aglutinante sobre la sangre del conejo, del ratón y del buey. Su acción hemolítica sobre la sangre del perro es, por el contrario, muy enérgica; es neutralizada por la adición de colesterina. Lavando varias veces los glóbulos rojos de la sangre del perro pierden en absoluto ó casi en absoluto sus propiedades hemolíticas; en cambio se aglutinan con facilidad.

La disolución de ponzoña calentada á 73° durante quince minutos pierde por completo sus propiedades hemorragíparas; calentada á 90° por espacio de media hora, se destruye por completo su hemolisina.

La emulsión acuosa de la ponzoña tratada por el cloroformo, cede á éste toda su hemorragina, pero conserva su hemolisina y neurotoxina.

Acción de los efluvios electro-estáticos sobre los gérmenes de la supuración.— Los Dres. J. Mitjavila y A. Morales (*Conclusiones*): 1.ª En ciertos procesos locales supurados donde se encuentran los gérmenes vulgares estafilococo y piociánico, ejerce la efluviación electro-estática, acción bactericida manifiesta.

2.ª El efluvio disminuye la vitalidad del bacilo piociánico y estafilococo dorado y retarda su desarrollo en caldo y agar; pero no lo mata en una hora de exposición al mismo.

3.ª Los animales (conejos) que han sido inyectados con gérmenes expuestos á la acción del efluvio no han acusado alteración patológica apreciable con dos asas de cultivo puestas bajo la piel del vientre, muriendo en cambio los que lo fueron con el mismo no atenuado en igual cantidad.

4.ª En la clínica y por la aplicación de la efluviación se han curado rápidamente los enfermos que fueron tratados por este nuevo método, sobre todo las adenitis tórpidas supuradas, las úlceras atónicas y las quemaduras infectadas.

5.ª Clínicamente no son comparables los efectos obtenidos mediante la efluviación electro-estática con los efluvios procedentes de la alta tensión y frecuencia, que ya habían sido estudiados principalmente por D'Arsonval. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 2 de Agosto de 1906.

Sobre la apendicitis. — El Dr. *Guttstadt* dice que durante el año 1903 han sido tratados por tiflitis y apendicitis en los hospitales públicos de Prusia 8.412 personas; de ellas 4.769 hombres y 3.643 mujeres, habiendo fallecido 796 (490 hombres y 306 mujeres), lo cual representa una mortalidad de 9'46 por 100. Fueron operados 3.400 (1.924 hombres y 1.476 mujeres), ó sea un 40'42 por 100, y de estos operados fallecieron 466 (279 hombres y 187 mujeres), ó sea un 13'71 por 100. Las cifras del año 1904 son las siguientes: cifra total de tratados, 10.793 (5.997 hombres y 4.798 mujeres); fallecidos, 986 (583 hombres y 403 mujeres), ó sea un 9'14 por 100; fueron operados 4.774 (2.588 hombres y 2.186 mujeres), ó sea un 44'23 por 100 con una mortalidad de 539 (320 hombres y 219 mujeres), ó sea de 11'29 por 100.

Resulta además de dichas estadísticas, que la frecuencia de la apendicitis va aumentando hasta la edad de quince á veinte años, y después va disminuyendo poco á poco; en cambio la mortalided va en disminución desde 0 á 1 año (80 por 100), alcanzando su cifra mínima entre los veinte y los veinticinco años, y volviendo á aumentar en los años sucesivos.

El Dr. *A. Baginsky* dice que en el niño se presentan varios problemas cuya solución es de mucha importancia. El primero es el de si la apendicitis del niño es una enfermedad de comienzo agudo ó va precedida de una fase crónica. En concepto del autor este último caso es el más frecuente. Además de esta forma hay otra esencialmente crónica, que por su larga duración quebranta mucho las fuerzas del niño, sin llegar á provocar un ataque agudo. En estos casos se encuentra como síntoma característico una curva térmica especial con temperaturas subnormales.

¿Cómo se manifiestan los ataques agudos en los niños? Por medio de un dolor súbito, insoportable y espontáneo en la fosa ilíaca, náusea continua ó vómito frecuente, acelerados el pulso y la respiración y gran sensibilidad á la presión en la region ileocecal. Para no incurrir en error al examinar este último síntoma, es muy conveniente, como lo aconseja Rotter, empezar la palpación por el lado izquierdo.

¿Existen también formas patológicas de comienzo agudo? Ciertamente las hay, v. gr., que se inician con una angina tonsilar, tanto que se podría hablar de una angina apendicular. Estos ataques agudos sobrevienen á veces con síntomas falaces, v. gr., simulando una afección disentérica.

¿Hay paralelismo entre las manifestaciones clínicas y la lesión anatómica? De ninguna manera. Son muy frecuentes los casos en que se descubre muy poco por la palpación, y hasta los hay muy peligrosos cuando van acompañados de una gran frecuencia de respiración y de pulso.

¿Son posibles errores en el diagnóstico? Lo son sobre todo con la pleuritis y el empiema, y ha habido clínico muy experto que hasta ha confundido el empiema y la invaginación. El autor refiere, además, otros dos casos muy interesantes. En el primero se había diagnosticado una afección apendicular, y se encontró una peritonitis de pneumococos, sin nada patológico en el apéndice. El segundo caso era tan semejante al anterior, que pensó el autor, en vista de lo ocurrido, que se trataría también de una peritonitis de pneumococos, mas lejos de ser así, se encontró un apéndice perforado.

Respecto á si se debe operar y cuándo, el autor, que en otro tiempo no era partidario de decidirse pronto por la operación, ha cambiado de criterio en vista de lo que le ha ido enseñando la experiencia. Hoy es partidario de la operación precoz en todo caso agudo; cuando el curso es más crónico se puede aguardar un poco, pero también se debe operar. Respecto á las operaciones en frío, conviene atenerse á lo que resuelvan cirujanos muy experimentados en estas cuestiones; el autor se inclina á operar también en estas circunstancias.

En resumen: en principio se debe operar en todos los casos, y lo más pronto que sea posible.

El Dr. *Nóggerath* dice que una complicación nada rara de la apendicitis es la hemorragia en las paredes del apéndice. Dicha hemorragia puede ser puntiforme ó extensa y grave. El autor ha hecho experimentos en animales, imitando simplemente la apendectomía y en otros casos maltratando el apéndice. En el primer caso se encontraron hemorragias puntiformes pequeñas; en el segundo se produjeron hemorragias muy copiosas. Según esto, las hemorragias pequeñas no tienen valor patognomónico y las grandes no son siempre de origen patológico, puesto que pueden reconocer por causa una operación muy agresiva. Sería de desear que los apéndices que se remitan en lo sucesivo al Instituto anatomopatológico vayan acompañados de datos anamnésicos referentes á la enfermedad y á la operación.

El Dr. *Neumann* cree que con un tratamiento interno precoz y bien dirigido se puede disminuir mucho la necesidad de la operación. El médico práctico suele tratar los casos muy al principio, y por lo mismo está muy familiarizado con los síntomas precoces. Entre éstos desempeña un gran papel el malestar de estómago; no es raro tampoco encontrar cierta sensibilidad á la presión en la región ilíaca, sensibilidad que conduce al diagnóstico exacto. En estos casos, tratados desde el primer momento, es muy común que se consiga una curación definitiva con el reposo absoluto en cama, la dieta rigurosa y mantener en reposo el intestino. En cambio hay que abstenerse de purgantes que con facilidad agravan el estado, ó bien, si sobreviene mejoría, son causa de recidiva. Para el diagnóstico son de esen-

cial importancia el dolor localizado y la rapidez y eficacia con que obra el opio. Es posible que en casos tratados tan precozmente se incurra alguna vez en errores de diagnóstico; pero aunque así sea, con el tratamiento indicado nunca se puede irrogar el menor daño. La posibilidad de una curación hay que admitirla dadas las fuerzas de defensa de que dispone el organismo. El mismo Orth ha manifestado en la sesión anterior que en algunos apéndices se encuentran vestigios de lesiones anteriores que se habían curado. Aun en casos de cierta fecha en que la madre del enfermo ya había recurrido á los purgantes, se consigue muchas veces la curación procediendo de un modo enérgico á poner en reposo al intestino y á la aplicación de fomentos helados. En estos casos debe intervenir el cirujano, aunque es común que baste con la simple incisión. También deben pasar desde el primer momento á manos del cirujano los enfermos que tienen un primer ataque violento con absceso y peritonitis. El autor declina también sus poderes cuando se percibe la existencia de un enterolito en el apéndice.

Una vez pasado el ataque es supérflua la intervención quirúrgica, si es bueno el estado general, y no existen ni sensibilidad á la presión ni dolor espontáneo. Pero si las condiciones no son tan favorables, se debe operar en frío.

El Dr. *Ewald* confiesa que respecto al diagnóstico discrepa casi en absoluto de Kraus. Así ha observado el comienzo brusco de la apendicitis en el 79·5 por 100 de sus casos, y cree que el diagnóstico no es más difícil que el de las afecciones del hígado, del riñón, de los anejos, etc. Pero más aún que el diagnóstico importa el pronóstico, y éste si que es difícil, puesto que á veces se curan sin contratiempo hasta casos en que había grandes exudados. Las oscilaciones de la leucocitosis no tienen ningún valor para el pronóstico.

Los cirujanos abogan por la operación en todos los casos, pero esta opinión no está justificada, á juzgar de los resultados obtenidos con el tratamiento médico. De 191 casos del Hospital Augusta, sólo fueron operados 28; de los 163 restantes sólo murieron 4, y hay que contar que 8 de estos últimos ingresaron en un estado desesperado. Visto que tantos casos curan sin incidente, no se debe de operar sin necesidad, sino aguardar á que se presenten síntomas graves. El momento en que hay que operar se puede precisar con toda seguridad si se observa escrupulosamente al enfermo; de esta manera se llega siempre á tiempo. Los niños constituyen una excepción á esta regla; en ellos se debe operar lo más pronto que sea posible, porque pueden sobrevenir fenómenos alarmantes de pronto é impensadamente. No hay que dudar, por otra parte, que la operación tiene sus peligros, ocasionados por el cloroformo, las pulmonías, las hemorragias secundarias y hasta la posibilidad de que se produzcan lesiones después de la operación. También son factores no despreciables la preocupación de la familia por el éxito de la operación y los gastos. El médico práctico es el que, observando cuidadosamente al enfermo y adoptando un tratamiento adecuado, en los casos de apendicitis incipiente, está llamado á servir de contrapeso al cirujano. También hay que proceder, según las circunstancias de cada caso, respecto á la operación en frío, y lo mismo hay que decir de las recidivas. Respecto á estas últimas, no se ha fijado Israel en que

un gran número de ataques repetidos se cura fácilmente sin operación. En cambio se debe operar siempre en los casos de apendicitis larvada, que ha descrito por primera vez el autor.

El Dr. *Albu* hace notar que la inmensa mayoría de los cirujanos es partidaria de la operación precoz en las primeras veinticuatro á cuarenta y ocho horas. Dicha operación exige un diagnóstico también precoz, que es posible establecer con seguridad en el 80 á 90 por 100 de los casos. Conviene distinguir bien los leves de los graves. Como graves se deben de calificar los que van acompañados de fenómenos peritoníticos; pero hay que tener presente que esta significación le corresponde no á un solo síntoma, sino á la presentación simultánea de varios. En este número hay que contar: la fiebre continua, el pulso muy frecuente, el vómito persistente, la resistencia que va aumentando cada vez más en la región íleocecal, el aumento de la sensibilidad á la presión estando relajadas las cubiertas cutáneas, la convexidad de la piel sobre el foco patológico, la defensa muscular, la inflamación local del ciego, los síntomas de compresión por parte del recto y de la vejiga, el hipo y la postración. Cierto es que también hay casos en que se presenta la peritonitis sin síntomas prodrómicos, pero son seguramente muy raros. Ahora bien, como la transición brusca de los fenómenos leves á los graves es muy excepcional, de aquí que no sea necesaria la operación precoz en todos los casos: en los leves no lo es en general. Además, la operación tampoco está exenta de riesgo, y no hay que olvidar el apotegma de que el remedio no debe de ser peor que la enfermedad. La operación inmediata está indicada en los casos agudos en que se sospecha una peritonitis por perforación; los demás se suelen curar sin operación.

El Dr. *Hermes* opina también que no siempre se debe operar en las primeras cuarenta y ocho horas. Lo que sí se debe de hacer siempre es diagnosticar si se trata de una apendicitis simple ó de una apendicitis con fenómenos peritoníticos, pues sólo en este último caso es cuando procede ejecutar la operación precoz.

Respecto al diagnóstico diferencial entre la apendicitis y las afecciones de los anejos, hay que recordar que las inflamaciones procedentes de estos últimos son casi todas de origen blenorrágico y se desarrollan paulatinamente; en cambio, la apendicitis sobreviene á menudo de un modo brusco ó va precedida de molestias gástricas. Cuanto más tumultuosos sean los síntomas, tanto más probable es que se trate de una apendicitis. Por el contrario, la bilateralidad de los fenómenos patológicos depone á favor de una afección de los anejos. En los casos de apendicitis es de regla la leucocitosis.

El Dr. *Henke* dice que el examen que ha llevado á cabo de apendicitis recién extirpados, le ha dado resultados análogos á los obtenidos por Aschoff. Los cálculos estercoráceos desempeñan un gran papel en el desarrollo de úlceras por compresión. Cuanto á las hemorragias puntiformes que se han hallado, conviene no menospreciar su importancia patológica, pues es lo cierto que no sabemos cuál podía haber sido su evolución ulterior.

El Dr. *Seefisch* opina que después de todo ataque, si no se ha hecho la operación precoz, se debe de operar en frío, porque es muy frecuente que ya se hayan producido en el apéndice alteraciones graves que no se revelan por ningún síntoma especial.—(*Deutsche Medizinal Zeitung*).— R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Patogenia de la enfermedad de Dupuytren.— El Dr. Testi recuerda que ya el año 1895 llamó la atención acerca de la relación que hay entre el mal de Dupuytren ó contractura de la aponeurosis palmar y la siringomielia, fundándose para ello en la autopsia de un caso relativo á un enfermo que pertenecía á una familia en la que había también otros de la misma afección. En efecto, en dicha autopsia se encontraron múltiples cavidades siringomiélicas en las comisuras anterior y posterior, algunas de cuyas cavidades comunicaban con el conducto central de la médula. Había, además, infiltración gliomatosa, y á pesar de todas estas lesiones no se habían observado durante la vida más síntomas que contracturas de las aponeurosis en la mano y en el pié y atrofia ligera de los interóseos y de las eminencias tenar é hipotenar.

Por ahora no es posible afirmar hasta qué punto desempeña algún papel etiológico en esta afección el traumatismo, y si no podrá éste dar origen á un mal de Dupuytren como afección local; de todos modos, cuando se trate de intervenir quirúrgicamente se debe investigar muy cuidadosamente si existe además algún síntoma medular.

Recuerda el autor con este motivo los panadizos del mal de Morvan, la mano suculenta de Marinesco y sobre todo los casos atípicos de siringomielia en que no se observa nada de disociación de las distintas sensibilidades. Cuanto mejor se van conociendo la anatomía y la patología de la médula espinal, tanto mejor se van comprendiendo la naturaleza de ciertas enfermedades, como el mal de Dupuytren y el mal perforante, que se venían considerando como entidades patológicas *sui generis*.

(*Riforma medica*).—R. DEL VALLE.

Tratamiento de las afecciones crónicas del corazón. — El tratamiento, dice el Dr. Hoffman, no depende muchas veces de los datos obtenidos por el examen del corazón: la etiología desempeña un papel importante. Es preciso averiguar si los trastornos observados dependen del uso del café, del tabaco, del alcohol ó de una afección constitucional. Averiguado esto, es necesario conocer cuál de las tres grandes medicaciones del corazón, digital, yoduros, agua fría, se aplica al caso en estudio. La acción de la digital no es bien conocida. Además de sus efectos sobre el miocardio, contrae los vasos abdominales y produce, por lo tanto, la dilatación vascular cutánea. Este medicamento normaliza también la corriente sanguínea é impide que la sangre se acumule en las cavidades cardíacas derechas y en los vasos del abdomen. La digital está indicada, por lo tanto, en las afecciones mitrales y en las miocarditis. En ciertos casos las afecciones valvulares aórticas y la arterio-esclerosis son influídas favorablemente por ella. En cambio otros enfermos son refractarios á esta medicación: aquellos en los que los segundos ruídos de la base son más débiles que los primeros. Para conocer esta categoría de enfermos, conviene emplear el estetoscopio de Bianchi. Los

yoduros están indicados en las anemias con hipertensión; en éstos el segundo ruído de la punta es mucho más fuerte que el primero. Conviene que los riñones estén sanos y que no haya tendencia á las hemoptisis. Hoffman administra el yoduro durante cuatro á seis semanas consecutivas y suspende luego su uso por bastante tiempo. En el tercer grupo de enfermos, los ruídos son más débiles, sobre todo en la base: este carácter es más acentuado en la enfermedad de Basedow. En estos casos las aplicaciones locales del frío producen resultados excelentes, si se combinan con un régimen lacto-vegetariano (no absoluto).

Queda una categoría de cardíacos crónicos que no están incluídos en los tres grupos indicados: en estos enfermos se recurrirá á tres medicaciones que son útiles á todos estos enfermos: la balneoterapia, la gimnasia respiratoria y la higiene del corazón. Los baños carbogaseosos atraen la sangre á la periferia y disminuyen el trabajo del corazón; los baños eléctricos producen el mismo efecto. Durante este tratamiento el enfermo debe aprender las reglas de la higiene del corazón, que son tan conocidas. La gimnasia respiratoria no es apreciada en todo su valor por la mayoría de los prácticos. Nada tonifica un corazón débil tanto como una inspiración profunda; los ejercicios respiratorios sistemáticos y bien ordenados prestan grandes servicios.

Queda la categoría de los falsos cardíacos, que pueden hoy diagnosticarse mejor gracias á los rayos X. Toda acumulación de gases en el estómago, rechaza el diafragma á la izquierda y disloca el corazón. La medicación en esos casos debe tener por objeto normalizar las funciones digestivas.

(*La Belgique Medicale*, 12 julio 1906).—F. Toledo.

Errores en el diagnóstico del quimismo estomacal. — El Dr. Bartenstein ha observado que cuando se recoge el contenido gástrico en dos vasijas diferentes es muy común que difiera mucho la proporción de ácido en ambas; por lo general, la porción últimamente extraída es la que presenta una acidez mayor. Opina, por lo tanto, el autor, que todos los métodos de exploración, como los de Mathieu y Rèmond y el de Strauss, que se fundan en la determinación de la acidez ó del peso específico de una pequeña cantidad de contenido gástrico extraída en una sola vez, dan resultados erróneos. La acidez de una zona del estómago puede diferir mucho de la de otra zona de la misma víscera. Esta circunstancia explica algunos fracasos de nuestras prescripciones terapéuticas y también el hecho de que con los métodos usuales de exploración se encuentre en muchos casos hiperacidez, sin que por ello el paciente hubiese sentido ninguna molestia.

(*Berl. Klin. Wochenschr*).—R. del Valle.

ÍNDICE DEL TOMO LXXII

Abdomen (Cuerpo extraño en el)..... 157
Abortos incompletos (Efectos de la dilatación, lavados y desagüe internos en los).... 321
Absceso crónico intradural... 35
— meningeo consecutivo á una otitis media supurada..... 217
Absorción de la grasa y de los albuminoides en los niños sanos y dispépsicos 305
Aceite de ricino (Un medio de enmascarar el sabor del)... 320
Acido vanádico y su empleo en terapéutica (El)..... 238
Adenoma del labio mayor..... 228
Adenopatías tuberculosas no supuradas (Influencia favorable de los rayos Röntgen en las)..... 319
Adiposo (Necrosis del tejido). 189
Agua oxigenada (Tratamiento de las quemaduras con el)..... 289
— salada en las tuberculosis articulares supuradas abiertas (Eficacia del)..... 269
— (Uso higiénico del) 273
Alambre de plata en la sutura de la rótula (Destino ulterior del)..... 234
Albayalde y los pintores (El). 434
Albuminuria desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico (La)..... 39
Alcohol en patología gástrica (La prueba del) 240
Alcoholismo durante el embarazo y la lactancia 275
Alimentación y los régimenes en el hombre sano y en los enfermos (La)..... 336
Alipina, nuevo anestésico ocular (La)..... 329
Amargos (Acción de los)..... 40
Amasamiento del corazón 377, 422
Amenorrea y matrimonio 415
Anastomosis gastro-intestinales é intestino intestinales.. 382
Anestesia clorofórmica y las cardiopatías (La).... 281
— especial con la escopolamina en las laparotomías..... 224
Anestésicos locales (Dos nuevos) 10
Aneurisma de la cubital..... 117
— del tronco tibioperoneo. 378
Aneurismas de los grandes vasos y su tratamiento por el suero gelatinizado (Los)..... 220
— (Tratamiento de los)... 379
Anquilostomas y el estado de la sangre (Relaciones entre el número de) 55
Anquilostomiasis (Asociaciones helmintiásicas en la)... 97
Apendicitis (De la)..... 434, 466
— (Tratamiento de la).... 394
— y gangrena del apéndice como enfermedades distintas..... 114
— y tiflocolitis mucomembranosa..... 67
Apendicostomía.. 201
Apófisis mastoides (Incisión modificada para poner al descubierto la)..... 355
Arcos palmares (Contribución al estudio de la anatomía de los)..... 293
Arsénico (Curación de un cancroide con el) 354
Arterio esclerosis (Nuevo signo de la)..... 199
Artritis deformante por los rayos X (Tratamiento de la).. 358
Asilo-escuela de Bicetre..... 412
Astasia en forma de ataque... 325

Asepsia quirúrgica (Investigaciones bacteriológicas acerca de la)..... 224
Auto intoxicación gastro-intestinal (Afecciones de los ojos por)..... 327
Auto-intoxicaciones en el embarazo..... 455
Auto-intoxicaciones intestinales..... 458
Autoplastia del conducto auditivo externo en la cura radical de la otorrea..... 169
Azourias de los adolescentes (Las)..... 401
Azul de metileno (Valor clínico de la reacción del)..... 40
Azúcar en la orina (Determinación del)..... 194
Bacilos tuberculosos..... 95
Bala de revólver extraída del cerebro..... 379
Bazo (Implantación de la glándula tiroides en el).... 233
Bebidas salinas en la fiebre tifoidea..... 200
Beri beri (El microorganismo del)..... 359
Bier (Epididimitis agudas tratadas por el método de)..... 303
— (Un caso de mastitis curado por el procedimiento de)..... 101
Bocio exoftálmico considerado como enfermedad y como síndrome (El)..... 457
Cadera (Tratamiento de la luxación congénita de la).... 269
Cabra (Propiedades de un nuevo suero antitifoideo obtenido de la)..... 120
Cálculos biliares alojados en el divertículo de Meckel.... 313
Calomelanos (Supuesta incompatibilidad de los). 215, 261, 294
Cáncer de la mama y los rayos X (El)..... 396
— de la porción inferior yuxtavesical del ureter..... 269
— del cuello uterino (Tratamiento del)..... 434
— del recto en una embarazada..... 236
— del útero (La laparotomía en el)..... 397
— laríngeo (Hemilaringectomía por)..... 125
— primitivo del ovario... 222
Cáncer uterino curado por el radio..... 360
Cánceres rectales altos (Operación de los)..... 228
Cancroide con el arsénico (Curación de un)..... 354
Carpo (Traumatismo del).... 69
Catarata de origen artrítico... 158
— (Ventajas de la sutura de la cornea en la extracción de la)..... 458
Cerebro (Herida por arma de fuego del)..... 71
Chancro blando (Epidemias de)..... 257
— extragenital y uretral.. 356
— indurado por un tratamiento local (Cicatrización rápida del)... 387
Cianosis congénita con necropsia (Un caso de)..... 241
Ciego (vólvulo del)..... 221
Cirugía arterial y venosa..... 425
Climas relajantes (Valor terapéutico de los)..... 160
Cloruro de calcio como agente hemostático preventivo (El). 174
Coagulación de la sangre (La). 306
Cólera (Algunos datos acerca de la confusa etiología del)..... 254
— (Las moscas como vehículo del)..... 93
— (Un remedio contra el). 199
Compresión como medio de tratamiento del tumor blanco de la rodilla (La)..... 268
Conducto auditivo externo en la cura radical de la otorrea (La autoplastia del)..... 169
Congreso internacional de Medicina celebrado en Lisboa, 186, 269, 306, 341, 424, 455
Consultorios de niños de pecho. 65
Contracción uterina sin retracción..... 36
Contusión del páncreas..... 158
Corazón (Amasamiento del).. 377, 422
— (Cirugía del)..... 226
— (Heridas del)..... 227, 301
— (Lesiones traumáticas del)..... 226
— (Tratamiento de las afecciones crónicas del).. 470
Corio-epitelioma típico..... 108
Corte sagital practicado en una primípara muerta en pleno período de expulsión (Algunas consideraciones

obstétricas basadas en el examen de un)..... 341
Craw-craw y la filariosis (El). 254
Cuadriceps (Rotura del tendón del)..... 235
«Cuarta» enfermedad (Estudios sobre la)..... 362
Cubital (Aneurisma de la)... 117
Cuello (Tumor del)..... 69
— uterino (Tratamiento del cáncer del)..... 434
Cuerpo extraño en el abdomen. 157
Cuerpos extraños del esófago (Datos para el tratamiento de los)..... 353
Delirio persecutorio senil..... 441
Desinfección de las manos..., 280
Desviaciones uterinas (Significación clínica de las)..... 433
Diabetes (Patogenia de la)... 460
Diftérica (Aumento de la morbosidad)..... 90
Disentería (Las moscas como vehículo de la)..... 95
Dosis elevadas en determinados casos (Necesidad de las). 119
Duodeno (Signos, tratamiento y consecuencias de la úlcera benigna del)..... 351
Eczema ocular infantil..... 356
— proteiforme..... 179
Edema angioneurítico de las vías respiratorias superiores..... 239
Efluvios electro-estáticos sobre los gérmenes de la supuración (Acción de los)..... 465
Embarazo (Alcoholismo durante el)..... 275
— (Glucosuria durante el). 37
— extrauterino operado... 316
— (Auto-intoxicaciones en el)..... 455
Embolia cruórica y aérea en una puérpera..... 236
Emigración y salud pública.. 421
Emigrantes en Hamburgo (Campo de aislamiento de). 93
Enfermedad de Dupuytren (Patogenia de la)... 470
— de Parkinson (Contribución al estudio de las formas atípicas de la)..... 161
Enfermedades infecciosas febriles (De la hidroterapia en las)..... 115
— infecciosas (La terapéutica local en las)..... 469
Enterocolitis y apendicitis.... 423
Epididimitis agudas tratadas por el método de Bier..... 303
Epitelioma naso-faríngeo (Caso de)..... 451
Escatol y del índican en la orina (Valor del)..... 113
Esclerodermia..... 76, 116
Escopolamina en las laparotomías (Anestesia especial con la)..... 224
Esófago (Datos para el tratamiento de los cuerpos extraños del)..... 353
Esofagoscopio..... 131
— (Un nuevo)..... 30
Espina bífida 277
Espirocete pálido en el tejido nervioso (El).... 197
— — (Preparaciones de). 116
Espirocetes en la sífilis terciaria..... 313
Esplenectomía (Datos para el estudio de la)..... .. 352
Estadística sanitaria del ejército español.... 213
Estenosis del píloro y riñón flotante..... 185
— pilórica cicatrizal..... 221
— — consecutiva á una quemadura..... 183
Estómago (Régimen alimenticio en los casos de úlcera del)..... 199
— (Cirugía de la úlcera del)..... 73, 151
— (Tratamiento quirúrgico de la úlcera del)..... 156
— (Tumor piloso del)..... 157
Estrechez cicatrizal del ureter. 268
— diftérica de la laringe (Tratamiento médico de la)..... 280
— pelviana 223
— y muerte de origen tímico..... 71
Estudio sobre el modus faciendi..... 418
Etmoides (Osteoma del)..... 276
Expectorantes..... 439
Extirpación de la vejiga y fijación de los uretéres en la flexura..... 158
Farmacología (Revista de).... 10
Feto (Dos casos de muerte habitual del).. 104
Fiebre amarilla en el Senegal (Profilaxis de la).... 301
— tifoidea (Bebidas salinas en la)..... 200
— (Valor pronóstico de la

reacción diazóica en la).... 200
Fibromas del útero (Tratamiento de los)..... 429
Fisiología (Compendio de).... 175
— é higiene (Lecciones elementales de)..... 176
Fístulas urogenitales de origen obstétrico (Crítica razonada de las causas de las)..... 293
Fluído vital (El)..... 361
Fluotal (Del)..... 299
Fosfaturia..... 311
Fosforismo crónico (Un caso de)..... 263
Fractura supramaleolar viciosamente consolidada. 267
— típica del radio (Tratamiento de la)..... 234
Fracturas articulares (Tratamiento de las)..... 284
— de un hueso sesamóideo. 354
— por el método de Bardenheuer (Tratamiento de las)..... 354
— (Tratamiento de las)... 383
Gangrena espontánea de la piel..... 196
— y perforación uterina... 83
Gástrica (La prueba del alcohol en Patología)..... 240
Gastroenterostomía por úlcera simple..... 60
Gastrolgokenosis..... 41
Gastropatías (Empleo del subnitrato de bismuto en las).. 459
Geschichte der Médizin..... 334
Glándula tiroides en el bazo (Implantación de la)..... 233
Glóbulos rojos de la sangre (Composición de los)..... 312
Glucosuria durante el embarazo..... 37
Gonosan (El)..... 186
«Gota de leche» de Madrid (La) 205
Gota (Tratamiento de la)..... 318
Gran simpático (Cirugía del). 383
Helmitol (Un caso de pielocistitis tratada por el)..... 110
Hematoma subperitoneal.... 302
Hemiatrofia facial (Un caso de)..... 140
Hemilaringectomía por cáncer laríngeo..... 125
Hemoptisis (El muérdago en el tratamiento de la)..... 186
Hemorroides (Cauterización de las)..... 381
Herida de la médula..... 303
— del cuello por arma de fuego..... 423
Herida por arma de fuego del cerebro y de la médula espinal..... 71
Heridas del corazón..... 301
— pulmonares por arma de fuego..... 32, 68
Hernia inguinal estrangulada en la trompa derecha. 184
— isquiática..... 276
Hidrosalpinx (Consideraciones patogénicas sobre dos casos de)..... 132
Hidroterapia en las enfermedades infecciosas febriles (De la)..... 115
Hierro vegetal (El)..... 119
Higiene de los convalecientes menesterosos en España durante los siglos XVI y XVII..... 54
— (Revista de)... 89, 253, 409
Histerismo? (¿Es una neuropatía funcional el)..... 69
Ileosigmoidectomía con exclusión del intestino grueso.... 69
Incisión modificada para poner al descubierto la apófisis mastoides..... 355
Indican en la orina (Valor del) 113
Indo-China (La asistencia médica en)..... 422
Infartos de la mama..... 118
Infecciones digitales en los médicos (Profilaxis y tratamiento de las)..... 194
— maternas y las infantiles (Relaciones entre las). 91
Ingle (Tumor ganglionar del pliegue de la)..... 302
Insuficiencia pancreática (Nuevos signos de la)..... 459
Intestino (Extirpación de una gran parte del)..... 78
Intoxicación saturnina de origen terapéutico..... 197
Inyección hipodérmica de oxígeno (La)..... 188
Inyecciones esclerógenas (Tratamiento de la tuberculosis articular por las)..... 185
— intratraqueales (Las).. 338
Irrigaciones rectales (Acción diurética de las)..... 14
Isopral..... 120
Laberinto (Extirpación total del)..... 236
Labio mayor (Adenoma del).. 223
Lactancia (Alcoholismo durante la)..... 275

Lactancia y las infecciones é intoxicaciones (La) 411
Laparotomías (Anestesia especial con la escopolamina en las)..... 224
Laringe (Hemiplegia en la)... 274
— (Tratamiento médico de la estrechez diftérica de la).. 280
Laringología (Revista de).... 169
Laringotomía por fractura de la laringe (Sobre un caso de). 25
Leche fermentada de los búlgaros 89
Lepra (Patología y terapéutica de la)..... 384
Linitis plástica..... 378
Locura congestiva..... 121
Luxación congénita de la cadera (Tratamiento de la) 269
— del astrágalo..... 278
Mal de Raynaud (Un caso de). 396
Mama (Infartos de la).... ... 118
Mandíbula inferior (Osteocondroma de la)..... 268
Manos (Desinfección de las).. 280
Mastitis curada por el procedimiento de Bier (Un caso de). 101
Maxilar inferior (Resección y protesis del)..... 77
Medicación sugestiva..... 146
Medicamentos según la vía empleada para su administración (Rapidez de absorción de los)..... 120
Médula (Balazo de la)..... 73
— (Herida de la)..... 303
— espinal (Herida por arma de fuego de la)... 71
— — (Tumores de la).... 148
Meningitis cerebro-espinal (La piocianasa en el tratamiento de la)..... 316
— cerebro-espinales (Las). 462
Mercurio en el organismo (Localización final del)..... 79
Mono con sífilis generalizada (Presentación de un)..... 235
Morral (Las anomalías de Mateo)..... 84
Moscas como vehículo del cólera y de la disentería (Las)..... 95
— — probable del tifo-malaria (Las)... 255
Mucosas (Tratamiento de la tuberculosis de las)..... 70
Muérdago en el tratamiento de la hemoptisis (El)..... 186
Necrosis del tejido adiposo.... 189
Nefritis médicas (Intervención quirúrgica en las)..... 426
Nervio mediano (Herida del).. 60
Nervioso (El espirocete pálido en el tejido)..... 197
Neumonía (Algunos problemas relacionados con el tratamiento de la)... 158
— (Tratamiento de la).... 80
Neuralgias (Los rayos X como remedio contra algunas)..... 15
— (Un nuevo metodo de tratamiento de las).. 381
Oclusión intestinal..... 5
Ocronosis..... 399
Oftalmitis metastásica..... 331
Oftalmología (Revista de).... 327
Oftalmoplegia complicada.... 24
Oftalmoplegias..... 101
Oído (Algunas consideraciones sobre la anatomía normal del)..... 62, 135
— medio (Extirpación total del laberinto y operación radical del).... 236
Ojo (acción fisiológica y terapéutica del radio sobre el)..... 350
— (Penetración de virutas de hierro en el)..... 277
Ojos por autointoxicacisn gastrointestinal (Afecciones de los)..... 327
Operaciones plásticas en el sistema biliar..... 156
Operación cesárea (Indicaciones y técnica de la)..... 456
Orientación fetal y la ley de Pajot (La)..... 455
Orina (Determinación del azúcar en la)..... 194
— (Valor del escatol y del indican en la)..... 113
Orzuelo (Consecuencias mortales de un)..... 238
Osteocondroma de la mandíbula inferior..... 268
Osteoma del etmoides..... 276
Otología (Revista de)..... 169
Ovario (Cáncer del)..... 222
Oxígeno (La inyección hipodérmica de)..... 188
— Nuevo método de preparación (El)..... 418
Paludismo en Madagascar (El) 300, 340
— y de la fiebre amarilla en el Senegal (Profilaxis del)..... 301

Páncreas (Contusión del)..... 158
— Influencia de los fenómenos anémicos en la secreción del)..... 355
Parafina en rinología (Sobre el uso de la)..... 172
Parálisis diftérica (Tratamiento de la)..... 304
— general en España (Contribución al estudio clínico de la)..... 186
Pelagra (La)..... 98, 176
Perforaciones agudas del conducto gastro-intestinal (Sobre las) 424
Pericarditis latentes con derrame poco abundante (Diagnóstico de las)..... 461
Pericolitis adhesiva..... 220, 423
— — y estenosante..... 184
Pié de madura nostras (Un caso de)..... 113
Piel (Gangrena espontánea de la)..... 196
Pielocistitis tratada por el helmitol (Un caso de)..... 110
Piocianasa en el tratamiento de la meningitis cerebro espinal y de otras afecciones (La)..... 316
Placenta previa central (Caso clínico de)..... 63
— (Un signo físico de adherencia de la)..... 160
Pleura para ser infectada (Estudios experimentales sobre la capacidad de la)..... 228
Polineuritis alcohólica..... 358
Pólipos mucosos retronasales (Origen de los)..... 171
Presentación occipitoposterior..... 400
Priapismo de origen leucémico..... 38
Prolapso rectal (El)..... 425
Próstata (Tratamiento de la hipertrofia de la)..... 390
Prostatectomía transvesical (Modificación de la técnica de la)..... 266
Protoplasma (Definición, composición química y estructura del)..... 349
Protozoarios (Inoculaciones contra las enfermedades de). 191
Pseudo-anquilosis congénita.. 419
Psicología de los coloniales en regiones calientes..... 414
Pubiotomía en el parto..... 319
Pulmonía (Un caso de)..... 290
Quemaduras (Tratamiento de las)..... 289
Quimismo estomacal (Errores en el diagnóstico del)..... 471
Quiste ovárico racemoso..... 324
Quistes hidatídicos pulmonares (Intervenciones en los).. 143
Radio (Cáncer uterino curado por el)..... 360
— en ginecología (Acción del)..... 360
— sobre el ojo (Acción fisiológica y patológica del) 350
— sobre el virus rábico (Acción del)..... 359
— (Tratamiento de la fractura típica del)..... 234
— (Valor terapéutico de las emanaciones del). 79
— y el virus rábico (El)... 278
Rayos Röntgen (Diagnóstico diferencial del reumatismo y de la gota por los).. 360
— — en las adenopatías tuberculosas no supuradas (Influencia favorable de los)..... 319
— X como remedio contra algunas neuralgias (Los).... 15
— — (El cáncer de la mama y los)..... 396
— — (Modo de comprobar la digestión del tejido conjuntivo por medio de los)..... 318
— — (Tratamiento de la artritis deformante por los)..... 358
— — (Tumores desarrollados después de la aplicación de los)..... 316
Reacción diazóica en la fiebre tifoidea (Valor pronóstico de la)..... 200
Recto (Cáncer del)..... 236
Régimen alimenticio en los casos de úlcera del estómago..... 199
Resección y protesis del maxilar inferior..... 77
Retina (Nuevo tratamiento del desprendimiento de la)..... 333
Retinitis albuminúrica (Supervivencia después de la

aparición de la)..... 40
Reumatismo crónico (Empleo de la sal marina contra el)..... 14
— y de la gota por medio de los rayos Röntgen (Diagnóstico diferencial del)..... 360
Revista de Farmacología..... 10
— de Higiene.... 89, 253, 409
— de Laringología..... 169
— de Oftalmología..... 327
— de Otología..... 169
— de Rinología... 169
— de Terapéutica..... 10
Rinolito voluminoso..... 458
Rinología (Revista de)..... 169
Rinoplastia..... 115
Riñón flotante y estenosis.... 185
Riñones (Diagnóstico de las afecciones quirúrgicas de los)..... 388
Rodilla (La compresión como medio de tratamiento del tumor blanco de la)..... 268
Rótula (Destino ulterior del alambre de plata en la sutura de la)..... 234
Royat (principales medicaciones de la cura termal en)... 81
Ruídos cardíacos dobles y accesorios (Estudio de los).... 439
Sal marina contra el reumatismo crónico (Empleo de la).. 14
Sangre procedente de las distintas zonas de la piel (Análisis de la)..... 355
Sarampión (Complicación rara del)..... 291
Senilidad (La)..... 253
Senos nasales accesorios (Operación extrema ó interior de las supuraciones de los).... 313
Septicemia de tetrágenos..... 142
Serpiente Habou (Sobre la ponzoña de la)..... 465
Sífilis (El microbio de la)..... 292
— experimental..... 386
— hereditaria de forma ganglionar..... 400
— intestinal..... 387
— terciaria (Espirocetes en la)..... 313
— traqueal (Un caso de).. 347
Signacvla medicorum ocularioryvm..... 17
Signo de Gradenigo (Contribución al estudio del)..... 170
Sintomatología en los casos ginecológicos..... 279
Sobrealimentación en los tuberculosos (Peligros de la).. 279
Sociedad alemana de Cirugía, 71, 151, 224, 306, 379
Subnitrato de bismuto en las gastropatías (Empleo del).. 459
Suero antitifoideo obtenido de la cabra (Propiedades de un)..... 120
— gelatinizado (Losaneurismas de los grandes vasos y su tratamiento por el)..... 220
— sanguíneo en los cancerosos (Reacción hemolítica del)..... 232
Sufusión sanguínea brusca ó hematoma súbito de la uretra..... 66
Tabaco (Efectos del)..... 91
— en la infancia y adolescencia (El)..... 259
Tabique nasal (Extirpación submucosa de las desviaciones y espolones del)..... 114
Talasoterapia en pediatría (La)..... 260, 297
Técnica de los análisis químicos, médicos é industriales de productos químicos y farmacéuticos..... 416
Tejido conjuntivo por medio de los rayos X (Modo de comprobar la digestión del). 318
Tendón del cuadriceps (Rotura del)..... 235
Tenífugo para los niños (Un buen)..... 16
Terapéutica (Revista de)..... 10
Tetania paratireopriva.. 197, 316, 397
— (Un caso de)..... 396
Tiflocolitis mucomembranosa y apendicitis..... 67
— y apendicitis. 112, 219, 265
Tifomalaria (Las moscas como vehículo probable del)..... 255
Tifus exantemático (Apuntes clínicos de una epidemia de). 419
Timo (La compresión de las vías respiratorias y la muerte por hipertrofia del)..... 352
Tofo gotoso (Citología del)... 192
Tos convulsiva gripal..... 29
Traqueotomía y tirotomía.... 178
Trepanación (Una nueva fresa para)..... 73
— mastoidea (Consideraciones prácticas sobre la)..... 461

Tripanosomiasis..... 190
Tuberculides..... 359
Tuberculosa (Significación clínica de la fórmula bacilar). 80
Tuberculosis abdominal (Tratamiento de la)..... 192
— articular por las inyecciones esclerógenas (Tratamiento de la).. 185
— (Confirmación de la inmunidad de los yeseros y caleros respecto á la)..... 188
— (Contribución al estudio de la)..... 323
— de las mucosas (Tratamiento de la)..... 72
— (Profilaxis de la)... 19, 59
— pulmonar en el ejército español (La).... 336
— — (Inhalación preventiva de la)..... 189
— y lavados de las ropas.. 409
Tuberculosos (Peligros de la sobrealimentación en los)... 279
Tumor blanco de la rodilla (La compresión como medio de tratamiento del)..... 268
— de la porción cervical del espinazo..... 117
— del cuello..... 69
— ganglionar del pliegue de la ingle..... 302
— piloso del estómago.... 157
— retrofaríngeo..... 312
— varicoso de origen traumático..... 277
— vesical inflamado..... 39
Tumores de la médula espinal operados con éxito... 148
— desarrollados después de la aplicación de los rayos X..... 316
Ulcera benigna del duodeno (Signos, tratamiento y consecuencias de la). 351
— del estómago (Cirugía de la)..... 73, 151
Úlcera del estómago (Régimen alimenticio en los casos de)..... 199
— (Tratamiento quirúrgica de la)..... 156
— gástrica crónica no hallada (Dos casos de).. 136
Ureter (Estrechez cicatrizal del)..... 268
— (Cáncer de la porción inferior yuxtavesical del)..... 269
Uretra posterior (Aparato para inspeccionar la)..... 354
Uterina (Gangrena y perforación)..... 33
Utero canceroso por la vía vagino-abdominal (Extirpación del)..... 144
— (Raspado del)..... 375
— (Tratamiento de los fibromas del)..... 429
Uvula (Sufusión sanguínea brusca ó hematoma súbito de la)..... . . 66
Vacuna; peligros é inconvenientes..... 258
Vacunación en la Guinea francesa (La)..... 220
— y el eczema (La)..... 354
Vacuciones y revacunaciones en Francia en 1904..... 339
Vejiga (Divertículo de la).... 267
— (Extirpación de la).... 158
Viruela en 1903-4 (La epidemia de)..... 374
Virus rábico (Acción del radio sobre el)..... 359
— — (El radio y el)..... 278
Vólvulo del ciego..... 221
Xeroderma pigmentado..... 354
Yeseros y caleros respecto á la tuberculosis (Confirmación de la inmunidad de los).... 188
Yeyunostomía..... 68, 182
— en Y con torsión de la boca del yeyuno..... 35

RELACIÓN DE LOS COLABORADORES QUE HAN PUBLICADO TRABAJOS EN EL PRESENTE TOMO

Arquellada (D. Aurelio), Médico, por oposición, de la Beneficencia Provincial de Madrid.
Barajas (D. Luciano), Oto-rinolaringólogo, de la Beneficencia Municipal de Madrid.
Carrión (D. P.), Profesor clínico de la Facultad de Medicina de Madrid.
Codina Castellví (D. José), Médico, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
Fernández Sanz (D. Enrique), Médico de número, por oposicion, del Hospital de la Princesa.
García Mansilla (D. Sinforiano), Oculista del Hospital y Hospicio Provincial de Madrid.
González Deleito (D. Federico), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.
Gonzalo Martínez (D. Ricardo), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.
Gota (D. Antonio), Exmédico de la Beneficencia Provincial de Zaragoza.
Goyanes (D. José), Cirujano, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
Juarros (D. César), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.
Lecha-Marzo (D. Antonio), Interno del Laboratorio de Medicina legal de la Universidad de Valladolid.
López (D. Federico) (de Royat).
Martín Gil (D. Ramón), Doctor en Medicina, Málaga.
Martínez Cerecedo (D. Adolfo), Tocólogo, por oposición, de la Beneficencia Municipal de Madrid.
† Ots y Esquerdo (D. Vicente), Neurólogo y Mentalista.
Pérez Noguera (D. Emilio), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.
Pérez Ortíz (D. Jerónimo). Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.
Rodríguez Méndez (D. Rafael), Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.
Rueda (D. Francisco), Director de la Consulta oto rino laringológica del Hospital de la Princesa. Madrid.
Sarabia (D. Jesús), Profesor del Instituto Rubio. Madrid.
Toledo (D. Federico), Licenciado en Medicina y Cirugía. Madrid.
Ulecia y Cardona (D. Rafael), Director de la Revista de Medicina y Cirugía prácticas.
Valle (D. Rafael del), Médico, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.

GRABADOS PUBLICADOS EN ESTE TOMO

Estenosis intestinal, página 8
Esquema del número de anquilostomas y estado de la sangre, página. 57
Retrato de Morral, página 87
Muñón apendicular, página 202
Lesiones cardíacas, página 243

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PABELLÓN MÉDICO (1860)—ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATÍA Y PEDIATRÍA (1888)

DIRECTOR-PROPIETARIO-FUNDADOR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

TOMO LXXIII

MADRID
IMPRENTA Y LIBRERÍA DE NICOLÁS MOYA
Garcilaso, 6 y Carretas, 8.

1906

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

RARA TUBERCULOSIS DE LA MEMBRANA TIMPÁNICA

COMPLICADA CON TUBERCULOSIS TEREBRANTE CRANEAL

POR EL

DR. D. FRANCISCO RUEDA

Director de la consulta oto-rino-laringológica del Hospital de la Princesa.

En alguna ocasión, que no puedo precisar, me he ocupado, en una de mis revistas trimestrales, en aventurar alguna idea respecto al papel que la mucosa del oído medio, extendida por todos sus espacios pneumáticos, puede tener para servir de punto de entrada á gérmenes patógenos que irían muy lejos á ejercer su influencia, sin dejar, ó dejando, en el órgano de la audición, señales manifiestas de su presencia. Desde que en mi espíritu se fijó idea semejante, no he perdido oportunidad para manifestarla, considerando que en los demás podrá fructificar y suministrar observaciones de interés, útiles para la ciencia y la profesión. Recientemente, en la sesión primera del cursillo práctico de oto-rino-laringología que realizo en el Hospital de la Princesa, me extendí en algunas consideraciones sobre la materia, pretendiendo inculcar en los oyentes el criterio de que el órgano del oído no debe ser relegado al papel de arca santa, sólo abordable y digna de ser conocida por el especialista, sino que, saliendo de este tradicional concepto, debe pasar al conocimiento del médico en general, quien debe considerarlo, más que como un teatro en el que se desarrollan escenas patológicas, como un punto vulnerable por el que, con gran frecuencia, se realiza la invasión bacteriana endocraneal y de las estructoras peritemporales y acaso muchas veces del organismo entero. Para demostrar esta verdad y este interés dualista del órgano del oído, en verdad que no podía entonces ni puedo ahora aducir grandes argumentos, puesto que, hasta la fecha,

la investigación clínica no ha sido orientada en tal sentido, ni la bacteriología clínica ha marchado por este camino; pero expuse algunos ejemplos sacados principalmente de mi práctica, y como uno de los que mayormente me habían impresionado, relaté la observacion clínica que voy á transcribir.

Una joven casada, de veintiocho años, sin antecedentes de familia ni personales de tuberculosis, comienza hace un año, durante su estancia en una aldea, á sufrir de violento dolor post mastoideo y occipital, declarándose pronto una tumefacción circunscrita que fué dilatada por un médico de la localidad, dando salida al pus contenido. Cuando regresa la enferma á Madrid, al mes de este suceso, en vista del estado fungoso del trayecto de la fístula que conduce á una cavidad subcutánea también fungosa, y en vista de que la paciente siente los mismos intensos dolores del principio, propongo y ejecuto la dilatación crucial de la tumefacción, descubriendo hasta el hueso, en la conjunción de la porción mastoidea del temporal con el ángulo postero-inferior parietal y el ángulo lateral del occipital en el lado izquierdo.

Nada llamó mi atención en el tejido óseo y pude creer que con el raspado de las fungosidades y pincelación de la superficie con cloruro de zinc al 10 por 100, no se haría esperar la curación definitiva. Pero á los veinte días de tratamiento llegué á tocar con estilete y á extraer con pinza una pequeña esquirla desprendida, al propio tiempo que dió principio el fenómeno que motiva este trabajo, y es el siguiente. La enferma, á quien ya en otro tiempo había examinado los oídos por una otitis crónica plástica que venía ocasionando una sordera progresiva, se queja de un incremento repentino del defecto auditivo en el lado izquierdo, con la aparición de ruídos subjetivos y cierta sensación de tensión dolorosa en el fondo del conducto, quedando yo sorprendido de no encontrar al examen otoscópico signo alguno que explicase esta situación, pues ni siquiera podía aducir la presencia de un catarro nasofaríngeo que hubiera interesado la trompa eustaquiana sin lesionar la mucosa de la caja timpánica. Agravándose tal estado, repetí el examen otoscópico á los pocos días, encontrando ya una inyección radiada de la membrana timpánica que comenzó á dar la perspectiva de abombamiento. Fuese pronunciando el color rojo de la membrana timpánica, conservando la disposición vascular radiada y comenzó á resultar visible un punto como grano de sémola por detrás del extremo inferior del mango del martillo, haciéndose cada día más visible, hasta

tener que considerarlo como una *granulación gris tuberculosa típica*. Durante muchos días pude observar los progresos hasta la fusión del tubérculo, que dió por resultado una perforación puntiforme, limpia, como hecha con sacabocados, y por la que el cateterismo é insuflación tubárica no consiguieron expulsar sino escasísima cantidad de serosidad depositada en el fondo de la caja, siendo el ruído de la perforación perfectamente sibilante tan pronto como salió la gota de serosidad. En modo alguno salió pus en los primeros días, siendo la sibilancia de la perforación perfectamente limpia. Es verdad que más tarde apareció escasa cantidad de pus en la caja, debido sin duda á una infección parasitaria, secundaria á través de la perforación. Esta infección secundaria pronto pudo dominarse con el empleo de la formalina, quedando la perforación y el color rojo de la membrana timpánica que estaba muy gruesa.

¿Qué fué en este tiempo de la lesión craneal? Hemos dicho que fué extraída una esquirlita, y añadimos que pudo apreciarse distintamente con el estilete la existencia de una pérdida de substancia en el hueso, á través de la que se tactaba tejido fungoso sobre un basamento de membrana tensa y resistente que consideramos sería la dura madre.

Decidimos una segunda intervención para limpiar el foco tuberculoso, y aprovechando la primitiva incisión crucial, descubrimos una trepanación espontánea del hueso, de la extensión de media peseta. Resecamos de los bordes y raspamos la dura madre hasta donde nos pareció que se extendía lo patológico, y terminamos con algunos puntos de sutura en los extremos de las incisiones, dejando una gasa yodofórmica en el fondo.

Después de una peregrinación de varios meses, en que la marcha tórpida del proceso y la permanencia del trayecto fistuloso nos demostró la insuficiencia de la intervención, decidimos una tercera operación, que tuvo lugar al año de haberse iniciado el proceso. Resecamos ampliamente con la pinza-gubia cortante los bordes de la terebración craneal, extendiéndonos por arriba á lo largo del borde posterior del parietal, como á la altura de un duro, en cuya extensión fuimos extirpando el tejido fungoso existente entre la lámina vítrea y la dura madre, y llegando por abajo hasta por encima del codo del seno lateral en la proximidad del límite entre la fosa cerebral media y la cerebelosa, donde terminaba la lesión.

Las consecuencias operatorias fueron las de una marcha no interrumpida hacia la cicatrización rápida.

La lesión timpánica también progresó rápidamente hacia la curación, estando la perforación perfectamente cicatrizada anteriormente á la tercera operación, quedando deprimido todo el segmento posterior de la membrana timpánica y una disminución considerable de la audición, cuya valoración no es pertinente en este lugar.

Consideraciones. — Un hecho, por elemental que sea, préstase á consideraciones varias, que si se midiesen y pesasen todas, resultarían temas demasiado extensos, por lo que debemos concretar nuestra atención á la circunstancia más saliente que le hace tener un valor especial comparado con otros de índole semejante. Y la circunstancia que en este caso me ha llamado la atención es la de la coexistencia de dos lesiones de índole tuberculosa, de tal manera situadas y en tal disposición cronológica, que no podemos sustraernos á la idea de considerarlas en estrecha dependencia.

Este es el método lógico de raciocinio que aplicamos á la interpretación de una multitud de lesiones parasitarias; un adenoflegmón axilar encuentra su explicación en una erosión infectada de un dedo, encontraremos la razón de una orquitis en la existencia anterior de un flujo uretral; en la tuberculosis mesentérica tenemos que admitir su origen intestinal; la tuberculosis laríngea es efecto de la inoculación bacilar acarreada por el esputò; un adenoflegmón del cuello es una consecuencia de un foco séptico dentario, faríngeo, auricular, etc.; y así, de igual modo, interpretamos multitud de procesos de que la clínica está llena.

Ahora bien, ¿cabe admitir que entre la mucosa del oído medio y el contenido craneal exista una solidaridad patológica explicable por las relaciones anatomofisiológicas y demostrable por la observación clínica y la experimentación? Formulada esta pregunta en tal manera parece una puerilidad, pues bien conocidas son las relaciones venosas y linfáticas que establecen comunicación entre ambas cavidades y la casuística de las complicaciones endocraneales en la otitis media supurada, está registrada con tal abundancia durante los últimos treinta años, que seguramente es infantil ocuparse de tal materia. Pero realmente no nos referimos á semejantes modalidades patológicas, perfectamente estudiadas, en las que el trazo de unión entre lo extra y lo endocraneal está marcado por una fistulización interna ó un proceso flebítico séptico, cuya marcha es fácil seguir en el acto operatorio; hacemos alusión á otra índole fisiopatológica en la que el punto de partida puede ser desconocido ó poco aparente, ó disimulado por otras lesiones que lo encubran,

siendo las determinaciones endocraneales de muy difícil hilación con el supuesto punto de partida exterior.

El caso que hemos historiado ha servido para confirmarnos en las reflexiones, que de largo tiempo venimos haciéndonos, sobre el papel que las cavidades del oído medio pueden desempeñar como camino ó vía de paso para determinados gérmenes que están destinados á recibir alojamiento en los órganos peri-auriculares, donde, exaltada su virulencia, pueden manifestar una potencia patógena que no tuvieron en su emigración á través del oído medio.

Que semejante fenómeno se realiza, ya lo tenía probado la observación clínica ajena y la mía propia, siendo bien conocida por los otólogos la mal llamada mastoiditis primitiva, cuya entidad no puedo yo negar, aunque dándola una significación muy diferente de la clásica antigua. Sin separarnos de este ejemplo, que consideramos un punto de partida útil para la sustentación de mi tesis, ¿qué representa la mastoiditis primitiva? Sabemos que la otitis media supurada aguda es un proceso infeccioso extendido desde las vías aéreas superiores á través de la trompa, y que comprende siempre en mayor ó menor grado todas las dependencias del oído medio, revistiendo una ú otra forma clínica, según el punto en que el agente flogógeno experimenta mayor virulencia.

Es conocido de todos que el estado de mastoidismo se declara cuando, exaltada la virulencia en las células mastoideas ó retenido el pus dentro de ellas, sobreviene la protesta local y general que denominamos mastoiditis aguda, y que ocurre muchas veces cuando ya está cerrada espontáneamente la perforación timpánica y no existe pus en la caja. Pues bien, supongamos una exageración en estos dos términos—poca virulencia ó cesación de ella en la caja timpánica, y exaltación en las células mastoideas —y tendremos una mastoiditis aguda con escaso ó ningún signo objetivo ni funcional de parte de la caja timpánica, y á esta modalidad podemos llamarla mastoiditis primitiva, resultando con esto el hecho indudable de que por la caja timpánica puede pasar un germen sin causar sobre ella efectos nocivos para ejercer más lejos su influencia patógena.

Bastante demostrativo, en el terreno de que nos ocupamos, es el siguiente caso de nuestra práctica personal, que por su notoriedad comuniqué hace muchos años á la Academia Medico-Quirúrgica. Una mujer adulta, por circunstancias que no son del caso, es afectada de una erisipela faringolaringea que ofrece una marcha ascendente, apareciendo á los pocos días y sin que hubiera existido pro-

testa previa de parte del órgano de la audición, en ambos conductos auditivos y pabellones auriculares; siendo digno de notarse la tendencia invasora rapidísima de la infección que, en pocos días, recorrió la cara, piel del cráneo y espalda hasta el cóccix, ocasionando un aborto de quinto mes, fiebre puerperal y el fallecimiento de la enferma. Este caso interesantísimo, lo es para nuestro fin, por cuanto demuestra la emigración rápida del estreptococus de la erisipela á través de ambos oídos sin provocar en ellos los fenómenos de la otitis media supurada y su aparición en la piel.

En la práctica del Dr. Luc se registran dos observaciones de absceso de la fosa temporal, á cuya evolución precedieron manifestaciones congestivas de la caja timpánica sin llegar á la supuración, y que, analizadas en el sentido que tratamos, son también demostrativas de la teoría que sustentamos.

Es claro que no podemos multiplicar mucho los ejemplos, pues consideramos que la investigación en este sentido carece de historial, razón por la que consideramos de valor la publicación del caso que forma el fundamento de nuestro trabajo.

Los ejemplos que hemos traído demuestran cómo por la caja timpánica pueden atravesar gérmenes patógenos que vayan á desarrollar su virulencia, bien á las regiones más profundas del oído medio, ó á las estructuras peri-auriculares extracraneales; pero nada nos dicen en cuanto á su propagación al endocráneo. Poco ó nada registra la literatura en materia de tanto interés, pues si, como hemos dicho, es muy clara la relación entre un proceso séptico endocraneal y una determinada lesión séptica auricular, nada sabemos con respecto al papel que pueda tener el oído medio como puerta de entrada ó punto de paso de agentes de otra índole.

¿Pretendo yo, con esto, iniciar la creación de un capítulo nuevo de la patología? En verdad, no tengo idea definida sobre la materia, y todo lo que pudiera imaginar sería gratuito y apoyado en miras puramente teóricas; pero no puedo sustraerme á la influencia de una sospecha, y es la siguiente:

La mucosa del oído medio, lo mismo en estado de aparente integridad fisiológica que en estado patológico declarado, debe ser un lugar de menor resistencia fácilmente atacable por diferentes gérmenes patógenos venidos del árbol aéreo y transplantados por vía venosa y linfática al endocráneo, siendo un factor de gran importancia en la génesis de tantas y tantas meningitis, que complican la marcha de ciertas enfermedades infecciosas, sin despreciar por

esto ni la corriente linfática nasocraneal ni las corrientes generales venosa y linfática.

Analizado el caso de tuberculosis que hemos historiado, parece un ejemplar muy sugestivo de semejante sospecha, sin que pretendamos hinchar el pavo, dando un carácter de generalización á un caso aislado, pero sin desconocer la importancia de los siguientes hechos:

1.° Que existía un foco tuberculoso aislado subdural en las proximidades de la zona temporal.

2.° Que posteriormente á la evolución de tal foco endocraneal, apareció una granulación gris en la membrana timpánica del mismo lado.

3.° Que el oído medio no se encontraba en condiciones de gran receptividad para la evolución del bacilo de Koch, por cuanto la manifestación se redujo á una sola granulación que curó perfectamente después del proceso consiguiente al reblandecimiento.

4.° Que no debemos considerar ambas localizaciones con las circunstancias de lugar y de cronología indicadas, como una mera casualidad; y

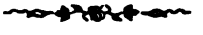
5.° Que la lesión del oído debe ser considerada en este caso dependiente de una exaltación de virulencia del bacilo fimógeno, emigrado desde las fosas nasales, donde es habitante frecuente, sin causar en ellas lesión alguna especial.

Si pretendemos buscar semejanzas entre el caso presente y otros que la clínica diaria ofrece, las encontraremos lo suficiente numerosas y sugestivas para dejarnos arrastrar al terreno etiológico que tenemos apuntado. Donde la clínica ofrece ejemplos favorables, es en la patología infantil, en la que se dan la frecuente aparición de la meningitis tuberculosa y la persistencia de ciertos restos de la disposición fetal del temporal juntamente con una abundancia de los procesos supurados crónicos del oído medio, sobre cuyo fondo germina el bacilo de Koch. Sabido es que el temporal, hueso único en su completo desarrollo, está compuesto de tres piezas en el estado fetal, quedando entre ellas, antes de su definitiva soldadura, espacios fisurales intermedios, ocupados por tejido conjuntivo y que sirven para dar paso á numerosas comunicaciones sanguíneas, linfáticas y nerviosas. Sin pretender detallar estas cuestiones de organogenia y fisiogenia, nos importa hacer constar la frecuente tardía oclusión de la fisura petro-escamosa, en la que la mucosa de la caja timpánica y la dura madre están en inmediato contacto, y por donde la comunicación sanguínea y linfática entre el endocráneo y la

mucosa del oído medio, se realiza con abundancia. Dada esta circunstancia en el niño, y teniendo en cuenta la frecuentísima ocurrencia en estas edades de los procesos sépticos del oído medio que hacen de su mucosa un *locus minorœ resistentiæ*, y considerando la fácil permeabilidad de la trompa de Eustaquio en estas edades, ¿por qué no hemos de admitir que el oído medio es el punto de entrada frecuente de la meningitis tuberculosa?

Es tan sólo una sospecha que sin inconveniente puede hacerse extensiva á los demás procesos meníngeos infecciosos realizados en el transcurso de las enfermedades generales incriminados etiológicamente ó posteriormente á su evolución.

Para terminar, considero que es este un campo abierto á la investigación, en el que pueden trabajar en consorcio feliz la experimentación, la bacteriología y la clínica.



REVISTA DE TERAPÉUTICA Y FARMACOLOGÍA

POR EL DOCTOR

DON EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad militar. Madrid.

SUMARIO: I. El perborato de sosa. — II. Solurol. — III. Empleo del azul de metileno en la tuberculosis quirúrgica.—IV. El muérdago como medicamento hemostático. — V. Formicina. — VI. Un nuevo remedio del anquilostoma duodenal.

I. **El perborato de sosa.** — Este nuevo producto farmacológico, introducido en terapéutica por A. Robin (de París), responde, cuando está puro, á la fórmula química $NaBO^3 4H^2O$; se presenta bajo forma de polvo blanco cristalino, poco soluble en agua fría (2'5 por 100 á 15°), y se obtiene haciendo actuar el ácido bórico sobre el peróxido de sodio ó mezclando el biborato de la misma base con una lejía de sosa, y añadiendo después cierta cantidad de agua oxigenada á 10 volúmenes.

El compuesto de que tratamos resulta muy estable á la temperatura ordinaria; se transforma por calcinación en metaborato sódico ($NaBO^2$); se disuelve con gran facilidad en el agua caliente, pero sufriendo entre los 50 y 60° una ligera descomposición, que se hace mucho más rápida y acentuada al llegar á 100°; se descompone

también, desprendiendo oxígeno, bajo la influencia del bi-óxido de manganeso; da lugar á la formación de ozono cuando se pone en contacto del ácido sulfúrico concentrado, y transforma las sales ferrosas en sales férricas y el sulfuro plúmbico en sulfato blanco de plomo, de igual manera que en las mismas circunstancias lo verifican los reactivos oxidantes más enérgicos.

Las soluciones acuosas de perborato sódico ofrecen siempre reacción alcalina, se colorean de azul intenso cuando se las añade un cristal de bicromato potásico después de haberlas acidulado con ácido sulfúrico y excepción hecha de la diferencia de reacción, ofrecen los mismos caracteres químicos é idénticas propiedades terapéuticas que el agua oxigenada ordinaria, pues espontáneamente, sin necesidad de mezclarlas con ningún ácido ni de someterlas á la acción de una elevada temperatura, dan lugar al desprendimiento de oxígeno hasta contenerlo, en estado naciente, en la proporción de dos veces el volumen de aquéllas, ó sea en cantidad de dos litros de dicho gas por un litro de solución.

Sin embargo, como la solubilidad del perborato puede aumentarse de un modo muy considerable gracias á la adición de pequeñas cantidades de ácidos cítrito, tártrico ó sulfúrico, ó elevando la temperatura del agua hasta 39°, la proporción de oxígeno contenido en las referidas soluciones puede aumentar también hasta 5, 10, 15 y 20 volúmenes, por más que, en grados tan altos de concentración, no tiene aplicación ninguna en la práctica médica.

Gracias al indicado desprendimiento de oxígeno, las soluciones acuosas de perborato sódico, que en realidad vienen á constituir verdaderas aguas oxigenadas á dos volúmenes, disfrutan de propiedades antisépticas, antipútridas y desinfectantes sumamente enérgicas, que las hacen muy útiles en el tratamiento de toda clase de heridas, úlceras y abscesos, bajo forma de irrigaciones ó lavados, así como en la cura de las faringitis catarrales, anginas pultáceas, amigdalitis supuradas, otitis, rinitis crónicas y ozena, prescribiéndolas, según el asiento de la enfermedad que se trata de combatir, en gargarismos, embrocaciones, pulverizaciones, inyecciones ó duchas nasales.

Algunos ginecólogos las recomiendan también en inyección vaginal caliente contra las metritis crónicas, úlceras del cuello, epiteliomas uterinos y demás enfermedades de la matriz y de sus anejos; otros las consideran muy superiores á todos los demás antisépticos recomendados hasta hoy para la limpieza de la piel, de la boca, de

la vagina y de las fosas nasales en estado sano; otros las prescriben como medio muy activo de la leucorrea; y otros las usan con gran entusiasmo contra las caries dentarias, como agente desinfectante y hemostático después de la extracción de muelas y como medio muy eficaz para llevar á cabo la desinfección de los canales radiculares, recurriendo en este caso á la inyección directa de cierta cantidad de líquido dentro del alvéolo.

En forma de polvo se ha ensayado contra las heridas infectadas, otorreas crónicas y úlceras de mal carácter, así como diluído en glicerina, el producto que estudiamos ha sido propuesto en calidad de sucedáneo de la glicerina yodofórmica en todos los procesos morbosos en que ésta se emplea, pero la forma de administración más útil é importante del perborato sódico es, sin duda alguna, la solución acuosa saturada á la temperatura ordinaria, ó sea en proporción de 25 por 1.000, pues de este modo se obtiene un líquido fuertemente antiséptico, incoloro, desprovisto por completo de toxicidad y de acción tópica irritante, que carece en absoluto de olor desagradable y que constituye en suma una agua oxigenada á dos volúmenes, preparada extemporáneamente y con la inmensa ventaja de poseer reacción alcalina, en vez de la reacción ácida que constantemente ofrece el antedicho líquido cuando se obtiene por los procedimientos ordinarios.

Ya hemos hecho constar que, para la inmensa mayoría de las aplicaciones médicas, basta la solución de perborato al 2 ½ por 100, equivalente á una agua oxigenada á dos volúmenes. Sin embargo, en algunas ocasiones tal vez sea indispensable obtener un líquido que contenga de 10 á 20 volúmenen de oxígeno, lo cual se consigue sin dificultad alguna por la simple adición de pequeñas cantidades de ácido cítrico ó tártrico de esta manera:

Agua oxigenada á 10 volúmenes.

Perborato sódico.....	170 gramos.
Acido cítrico en polvo	60 —
Agua destilada hervida..... ...	1.000 —

Agua oxigenada á 20 volúmenes.

Perborato sódico.....	210 gramos.
Acido cítrico ó tártrico pulverizado.....	105 —
Agua destilada	700 —

Estas soluciones deben filtrarse si resultaran turbias.

En cuanto al agua oxigenada á 5 volúmenes, puede obtenerse

sin necesidad de ácido, con sólo diluir 50 gramos del medicamento en agua caliente á 40 grados.

Conviene no confundir el perborato sódico medicinal ($NaBO^3.4H^2O$) que contiene un 10 por 100 de oxígeno activo, con el producto preparado por Jaubert con la denominación de perborax, pues su fórmula química difiere bastante de la del compuesto que acabamos de estudiar ($Na^2B^4O^8.10H^2O$) y su contenido en oxígeno, no excede de un 5 por la misma proporción antes indicada.

II. **Solurol.**—Con esta denominación de pura fantasía se ha lanzado al comercio el ácido nucleotinofosfórico ó timínico, producto obtenido por desdoblamiento de las nucleínas bajo la influencia de reacciones químicas especiales, que tiene por fórmula $C^{30}H^{46}A^4O^{15}.2Ph^2O^5$ y que se presenta bajo forma de polvo amorfo, de color amarillo obscuro, algo deslicuescente, insípido, inodoro, fácilmente soluble en agua fría y de reacción ácida muy débil.

Minkowski supone que el ácido timínico es el disolvente natural del ácido úrico en la economía, pues tiene la propiedad de disolver un peso igual al suyo de este último cuerpo, á temperatura de 20 grados, y mayor cantidad aún, cuando la temperatura del líquido en que ha de efectuarse la solución se eleva hasta 37. En estas condiciones, es decir, combinado con el solurol, el ácido úrico no precipita ya, como en circunstancias ordinarias, por la adición de un ácido.

Teniendo en cuenta los grandes beneficios que pueden reportarnos estas propiedades especiales, así como la falta completa de toxicidad y de efectos cáusticos en el medicamento de que se trata, dicho Profesor ha realizado diversos experimentos en hombres y animales, observando en todos ellos una abundante eliminación de ácido úrico después de haber administrado por vía gástrica ó subcutánea pequeñas dosis de la expresada droga, y deduciendo de sus numerosos ensayos que el solurol está muy indicado en el artritismo, reumatismo crónico, gota y litiasis úrica, pues no sólo facilita la eliminación del indicado ácido á medida que se va acumulando en la sangre, sino que puede disolver también las concreciones tofosas depositadas en el espesor de los tejidos.

Desde el punto de vista terapéutico, ha sido experimentado por Bluth y Fenner en varios enfermos de gota subaguda y crónica, obteniendo en todos los casos resultados sumamente satisfactorios. El alivio de los dolores y la desaparición de los fenómenos inflamatorios iba siempre precedida ó acompañada de abundante eliminación de ácido úrico por las orinas.

Las dosis recomendadas por dichos autores oscilan entre 1 y 2 gramos al día en fracciones de 25 centígramos, bajo forma de sellos ó pastillas comprimidas. En algunos casos graves, Bluth ha llegado á dar hasta 4 gramos en veinticuatro horas; pero haciendo uso de cantidades tan elevadas no es raro se desenvuelvan síntomas de intolerancia, caracterizados por fenómenos de excitación cerebro-espinal bastante intensos.

III. **Empleo del azul de metileno en la tuberculosis quirúrgica.**—Después de haber reunido gran número de observaciones, el Dr. Paulchancel se cree autorizado para afirmar que el pioctanino azul, azul de metileno ó clorhidrato de tetrametilthionina, es el medicamento tópico que mejores resultados produce en toda clase de tuberculosis quirúrgicas supuradas, sean ó no abiertas, y muy especialmente cuando se localizan en los huesos ó en los ganglios linfáticos.

Para el empleo de la referida droga, el autor establece las reglas siguientes:

1.ª Cuando la colección purulenta es cerrada, se debe extraer el pus por medio de una punción, inyectando en seguida una solución acuosa de pioctanino al 5 por 1.000, en la cantidad que sea necesaria para ocupar toda la cavidad del absceso y distender algo sus paredes. De este modo, una ó dos inyecciones son casi siempre suficientes para obtener la curación, pues la piel recobra su aspecto normal en muy breve plazo, y al cabo de algunas semanas no es posible descubrir el más pequeño indicio de esta pequeña intervención operatoria.

2.ª Cuando la colección es abierta, después de practicar el raspado de las paredes del foco ó de las porciones de hueso que se encuentren enfermas y de haber extraído todos los secuestros en caso de haberlos, se frota la superficie interna de la cavidad del absceso con una torunda de algodón empapado en solución de azul de metileno al 4 por 100; más tarde se practica una copiosa irrigación con el soluto diluído al 5 por 1.000, y últimamente se rellena dicha cavidad con algodones humedecidos en la misma solución concentrada de que antes hemos hablado.

La cura se repite cada cinco ó seis días si se trata de pequeños abscesos; pero cuando se quieren modificar grandes cavidades supurativas productoras de una abundante secreción de pus, es necesario renovarla cada cuarenta y ocho horas.

IV. **El muérdago como medicamento hemostático.**—Después de largos años de olvido y abandono casi absolutos, el Dr. René Gaultier (de

París) ha vuelto á introducir en terapéutica la corteza de muérdago (*Viscum album ó viscum quercinum*), planta parásita conocida desde la más remota antigüedad y que fué empleada por Hipócrates, Dioscórides, Galeno, Avicena, Cullen y Tissot, como remedio astringente, astiespasmódico, emenagogo y antidiabético.

Según los estudios experimentales llevados á cabo por Gaultier en los laboratorios de Dieulafoy y Grehant, la inyección intravenosa de una infusión de corteza de muérdago (25 gramos de esta última por 100 cent. cúb. de solución fisiológica de cloruro sódico al 7 por 1.000), produce siempre un descenso más ó menos duradero y acentuado de la presión sanguínea, con constante aceleración de los latidos cardíacos. La intensidad y persistencia de ambos efectos está siempre en íntima relación con la cantidad de medicamento administrada. Tanto es así, que con 6 cent. cúb. de dicha infusión, equivalente á 1 gramo 50 centígr. de planta fresca, la tensión arterial de un perro de mediana talla, desciende desde 15 á 9 $^1/_2$ milímetros de mercurio y con 5 cent. cúb. en dos fracciones, con veinte minutos de intervalo, dicho descenso se verifica desde 18 á 10, de esta manera:

Antes de la inyección	18
Un minuto después	14
Minuto y medio después	10
A los diez minutos	10

Administrado en dosis tóxicas (5 gramos de planta fresca ó sea 20 cent. cúb. de la infusión antes citada para un perro de 11 kilogramos y medio), el muérdago produce la muerte por parálisis del corazón en diástole, observándose además, en este caso, intensas congestiones pasivas de todas las vísceras del abdomen, copiosas hemorragias intestinales, anemia pulmonar y sufusiones sanguíneas en el endocardio.

Según Lang, Ponck y Payne, autores ingleses que ensayaron el producto farmacológico de que se trata durante los años 1878, 1881 y 1882, el extracto de viscum estimula la actividad contráctil de la fibra muscular de la matriz, determinando contracciones intermitentes muy enérgicas del referido órgano, exactamente iguales á las contracciones fisiológicas que se desarrollan durante el parto; acelera los latidos del corazón, disminuye la excitabilidad refleja, paraliza los nervios motores y sensitivos y dilata la pupila.

Payne asegura, además, que cuando se administra en grandes dosis por vía gástrica, desenvuelve efectos irritantes sumamente intensos, sobre el tubo digestivo, caracterizados por vómitos incoerci-

bles, grandes dolores abdominales, diarreas sanguinolentas, pujo y tenesmo, y Dixon, que pudo observar en 1874 un caso muy notable de envenenamiento por dicha droga, menciona como síntomas más importantes de la referida intoxicación, la pérdida de la sensibilidad, las alucinaciones, la resolución muscular, la frecuencia del pulso, la dificultad respiratoria y la dilatación de la pupila.

En cuanto á las aplicaciones terapéuticas del mismo medicamento, aunque los antiguos lo consideraban muy útil en la epilepsia, en la diabetes sacarina y en la albuminuria, Gaultier sólo lo ha empleado como hemostático en ocho casos de hemoptisis congestivas de los tubérculos, consiguiendo en siete de ellos resultados verdaderamente notables, pues algunas hemorragias pulmonares que habían resistido á los astringentes y vasocontrictores más enérgicos, incluso á la adrenalina, cesaron por completo en plazo muy breve, gracias á la administración del extracto etéreo de viscum album á la dosis de 16 centígramos el primer día, 12 el segundo y 8 el tercero, bajo forma de píldoras dosificadas á 2 centígramos.

La única observación negativa de que hace mérito el antedicho Profesor, se refiere á un enfermo de tuberculosis cavitaria, en período de caquexia, muerto á las treinta y seis horas de haber comenzado la medicación, á consecuencia de una terrible hemoptisis. Según se pudo comprobar después, en la autopsia, esta hemorragia fué producida por la ruptura de un voluminoso aneurisma de Rosmüssen.

V. **Formicina.**—Es un producto de la condensación del formaldehido con la acetonamina, que puede obtenerse cristalizado, pero que por resultar de este modo bastante delicuescente, se presenta en el comercio bajo forma de líquido espeso, incoloro, de 1'24 á 1'25 de densidad y soluble en todas las proporciones de agua, alcohol y cloroformo.

Las soluciones acuosas de formicina comienzan á desprender formaldehido libre en cuanto se las somete á una temperatura de 25°; pero este desprendimiento se verifica de una manera mucho más rápida y acentuada entre 35 y 40. El mismo producto puro se descompone con gran rapidez, formando multitud de burbujas y dejando escapar entre 115 y 120 grados casi todo el aldehido fórmico que contiene.

Gracias á la lentitud con que se va verificando dicha descomposición, bajo la influencia de temperaturas poco elevadas, el indicado medicamento disfruta de propiedades antisépticas bastante activas,

sin poseer efectos tóxicos de ninguna clase, ni menos aún desarrollar la acción tópica irritante del formaldehido puro ni del formol del comercio, cuyo empleo en la práctica médica sólo puede tener lugar bajo forma de soluciones muy diluídas.

Por todas estas razones, Bartholdy ha hecho uso de la expresada droga en gran número de artritis y osteoperiostitis supuradas, casi siempre de naturaleza tuberculosa, como sucedáneo de la glicerina yodofórmica, y casi siempre bajo forma de inyecciones intersticiales, obteniendo resultados bastante satisfactorios. A pesar de haber empleado en todos los casos soluciones concentradas (al 50 por 1.000), ningún enfermo acusó grandes dolores en el momento de la inyección ni después de haberla efectuado.

También se recomiendan estas mismas soluciones concentradas al 50 por 1.000 para la desinfección del campo operatorio antes de llevar á cabo una operación quirúrgica, para combatir la fetidez y acelerar la cicatrización de las úlceras de mal carácter, y como uno de los medios más eficaces con que contamos actualmente para hacer desaparecer la supuración de los grandes flemones difusos y de los abscesos muy voluminosos, cualquiera que sea el sitio donde las referidas colecciones purulentas se hayan ido desarrollando.

No falta, en fin, quien recomienda la formicina contra las cistitis crónicas, bajo forma de irrigaciones y lavados; pero cuando se usa como remedio de la antedicha enfermedad, es necesario no prescribirla más que en soluciones diluídas al 2 por 100.

VI. **Un nuevo remedio del anquilostoma duodenal.** — Teniendo en cuenta los buenos resultados obtenidos por Herman (de Bruselas) en el tratamiento de la anquilostomíasis por medio de la esencia de eucaliptus, el Dr. Phillips, profesor de clínica médica de la Escuela de Medicina del Cairo, ha hecho uso de la referida droga en 44 casos de la misma enfermedad, consiguiendo en todos ellos la desaparición completa y definitiva de dichos parásitos intestinales desde el segundo ó tercer día de tratamiento, cuando más tarde á los cuatro.

He aquí cómo procede el indicado colega: Comienza por prescribir un purgante salino, que debe tomarse á las seis de la tarde, guardando después dieta absoluta durante todo el resto de la noche.

A la mañana siguiente, á las siete, hace tomar en dos veces, con media hora de intervalo, una mixtura compuesta de

Esencia de eucaliptus.....	2	gramos	50	centígramos.
Cloroformo.....	8	—	50	—
Aceite de ricino.....	40	—		

El enfermo debe permanecer en la cama hasta que haga, por lo menos, una deposición, y si después de haber tomado la primera mitad del medicamento se presentan trastornos nerviosos con manifiesta tendencia al síncope, debe suspenderse la administración de la segunda dosis. Cuando se trate de sujetos muy jóvenes, convalecientes ó anémicos, será mejor administrar la poción antes citada en tres fracciones con veinte minutos de intervalo entre cada una. Si fuere necesario, puede repetirse la misma fórmula cada dos ó tres días.

En todos los individuos tratados por Phillips, la curación pudo considerarse como completa y definitiva, pues el empleo del timol y del helecho macho por vía gástrica no dió lugar á la expulsión de anquilostomas con las heces fecales. En 21 casos, tan favorable resultado se obtuvo después de haber tomado una sola poción, es decir, al primer día de tratamiento; en 16 después de haber administrado dos veces la misma mixtura, y solamente en siete fué indispensable repetirla tres ó cuatro veces.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Histerismo simulando el mal de Pott.—El Dr. D. Antonio Martínez Angel, publica en la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, lo siguiente:

«Cuando la osteítis vertebral tan sólo se diagnosticaba en el período cifósico, el error diagnóstico, inducido por esta forma de *mimicry* articular, vocablo felicísimo con el que los ingleses denominan las simulaciones que el histerismo y otras neurosis suelen presentar de los padecimientos osteoarticulares, era muy difícil.

Un póttico jorobado y con abscesos osifluentes abiertos ó cerrados es inconfundible con ninguna otra clase de enfermos; en cambio un póttico, sobre todo si lo es por poliespondilitis, en el cual la columna no presenta aún más que esas rigideces de espalda tan gráficas y tan típicas para quien *sabe ver* esta clase de enfermedades, pero que suelen pasar inadvertidas para quien no las busca ó *presiente* en la actitud, en el modo de estar y en la manera de andar del enfermo, puede y suele confundirse su dolencia con muchas cosas, sobre todo de las que se refieren á la patología interna y visceral.

Entre estas confusiones á que me refiero, una de ellas, é indudablemente

la más difícil de poner en claro, es con el histerismo cuando toma la forma de *mimicry* espondilítica.

Cuantos caracteres asignan los autores á aquella dolencia, cuantos síntomas haya podido observar el lector en sus clientes afectados de la misma, otros tantos suele presentar esta polifórmica perturbación del sistema nervioso.

Dolores en cintura ó en faja, á diversas alturas del tronco, ya referidos al pecho, ya al estómago, ya al vientre; sensaciones dolorosas de varia intensidad y forma en la columna vertebral, más ó menos limitadas á un punto de ella, unas veces espontáneas, otras provocadas por la presión sobre las apófisis espinosas ó por los movimientos; incontinencias ó retenciones, bien de la orina, bien de los excrementos; parálisis con ó sin contracturas, en forma paraplégica; exaltación de los reflejos rotulianos, taquicardias, neuralgias de forma radicular, ya intercostales, ya irradiadas á los miembros; en fin, hasta la cifosis, aun cuando no en forma tan abrupta como en el mal de Pott verdadero, todo lo simula el histerismo, todo puede ofrecerlo dicha enfermedad cuando se presenta en forma de *mimicry* ó *farsa* espondilítica.

Los estigmas que se tienen por más ó menos clásicos del histerismo son insuficientes para decidir si el padecimiento en cuestión es histérico ó no lo es, porque, como dice muy atinada y juiciosamente Whitman, puede darse, y se da en muchas ocasiones, la enfermedad realmente póttica en una histérica ó en un histérico. Es más: cuando dichos estigmas se descubran en un paciente supuesto de mal de Pott, más bien debemos desconfiar de ellos y procurar descartarlos por el grave error de tratamiento que representaría el tomar por simulados los caracteres de una enfermedad de tan deplorables consecuencias cuando se desatiende ó se trata de un modo irracional, como lo es la osteítis de las vértebras, sea tuberculosa ó de la especie que fuera.

Sin que en general la fotografía radiográfica tenga gran valor como medio diagnóstico en las espondilitis á no ser en casos avanzados y en períodos destructivos de las mismas, sin embargo, cuando se sospecha la simulación histérica ó neuropática deben hacerse varias radiografías de la región espinal, y si en alguna de ellas se obtuviera la impresión de un número mayor ó menor de vértebras desdibujadas y deformes, el dato sería de un valor extraordinario para afirmar la existencia del proceso inflamatorio.

Otros de los caracteres en el que el práctico debe poner mucha atención es en el del predominio de los trastornos de sensibilidad sobre los de motilidad que en las extremidades inferiores ofrece la enfermedad póttica simulada. Asimismo deberá tener muy en cuenta el que en estos casos los fenómenos contracturales en dichas extremidades son muy precoces.

Denuncian también estos estados de simulación la exageración, la vehemencia que pudiéramos decir, de los síntomas pótticos, sobre todo de la exaltación del reflejo rotuliano, del dolor á la presión en las apófisis espinosas, hasta el punto de que el simple contacto de nuestros dedos con la piel que los cubre produce en estos enfermos vivísimos dolores. Lo mismo puede decirse en cuanto á los trastornos gástricos, respiratorios y cardíacos se refiere (la taquicardia es casi constante en esta clase de pacientes).

Y, sobre todo, el carácter, que en mi concepto tiene un valor patognomónico, de la simulación neuropática, es el de la movilidad, no tan sólo normal, sino exagerada, de la columna.

Contrastando con la rigidez de la espalda, más ó menos extensa según el número de vértebras afectadas que constantemente ofrece el verdadero póttico, rigidez que *no desaparece*, al contrario, se exagera durante los ataques de dolor espontáneo ó provocado, en la espondilitis simulada, aunque el enfermo, temeroso al dolor, se nos presente con su espinazo rígido é inmóvil por la contractura de los músculos que á la columna vertebral se atan, en cuanto, no digo comprimimos, sino tan siquiera rozamos ligeramente las apófisis espinosas con el dedo, prodúcese una serie de movimientos rápidos y repetidos verdaderamente lumbricóideos entre todas las vértebras, desde el occipucio hasta el sacro, lo mismo en sentido anteroposterior que laterales, tan extensos que consiguen estos enfermos neurósicos movilizar casi tanto la porción dorsal como la cervical y lumbar, movilidad que sorprende y choca, no solamente comparada con la escasa y restringida de los pótticos inflamatorios, sino con la normal y fisiológica de la columna vertebral». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ASOCIACIÓN FRANCESA PARA EL PROGRESO DE LAS CIENCIAS

XXXV sesión anual celebrada en Lion del 2 al 9 de Agosto de 1906.

Tuberculosis del intestino grueso. Indicaciones y resultados de la intervención quirúrgica. — Los Dres. BERARD y PATEL: Deducimos lo siguiente de nuestras observaciones y del análisis de los casos publicados:

1.° En ciertos enfermos la tuberculosis del intestino grueso evoluciona sin lesión pulmonar, sin otra localización tuberculosa, clínicamente apreciable, y puede curar por la intervención quirúrgica en más de la mitad de los casos operados.

2.° En otros enfermos las lesiones pulmonares, poco acentuadas, mejoran, y por último, curan completamente á beneficio de una intervención, al curar las lesiones intestinales.

3.° Existen, por último, enfermos en los que las lesiones pulmonares é intestinales, simultáneas ó secundarias á una infección primitiva, del pulmón ó del intestino, siguen una marcha fatal hágase lo que se haga. Son lesiones difusas ya desde hace mucho tiempo, antes de someterse los enfermos al examen del médico.

I. **Anatomía patológica.** — Deben distinguirse tres tipos:

1.° Tuberculosis ulcerosa.

2.° Tuberculosis enteroperitoneal.

3.° Tuberculosis hipertrófica.

1.° Tuberculosis ulcerosa. — Es el tipo común conocido hace más tiempo, y el único que describían antes los médicos, como propio de los tísicos pulmonares. Puede revestir la forma miliar, confluente ó localizada.

2.° Tuberculosis enteroperitoneal. — Puede ser primitiva, sobre todo en el intestino grueso, pero por lo general es consecuencia de los otros dos tipos, en particular de la tuberculosis ulcerosa. Lo que la caracteriza es afectarse el intestino á la vez que el peritoneo; la infiltración específica invade hasta los mesenterios, resultando una especie de neoplasia tuberculosa perfectamente distinta desde el punto de vista topográfico, clínico y terapéutico.

En el intestino grueso la forma enteroperitoneal reviste dos formas completamente distintas, según que los productos tuberculosos tiendan á la degeneración caseosa y á la supuración, ó por el contrario, que se enquisten y manifiesten tendencia á la transformación fibrosa.

a) Tuberculosis enteroperitoneal caseosa. — Esta variedad se observa casi exclusivamente en la región ileocecal. El tumor tuberculoso se halla constituído por la aglomeración de asas intestinales y de mesos infiltrados de ganglios voluminosos. La terminación del intestino delgado, el apéndice, el ciego, se hallan envueltos en esta masa caseosa, irregular y de consistencia variable. La superficie interior del intestino está ulcerada casi en toda su extensión; el apéndice suele hallarse destruído.

b) Tuberculosis enteroperitoneal fibrosa. — En esta forma el proceso tuberculoso se encuentra ahogado; la lesión queda estacionaria y no termina por supuración. Es rara en el intestino delgado y más común en el grueso. En el ciego se han encontrado, en la infancia, hipertrofias ganglionares enormes, forma adenopática de Gérard-Marchant. La estenosis intestinal es poco acentuada, y las lesiones ulcerosas raras. En el adulto se observa una forma análoga, pero la hipertrofia ganglionar es menor y á veces nula. El peritoneo es el que reacciona principalmente; se cubre de granulaciones discretas de peritonitis localizada.

3.° Forma hipertrófica. — Es la verdadera forma quirúrgica de la tuberculosis del intestino grueso. Es por lo común limitada, primitiva. Puede decirse que si un enfermo tiene á la vez lesiones tuberculosas en el pulmón y en el ciego, estas últimas de tipo hipertrófico, las pulmonares son más recientes. Puede decirse desde el punto de vista clínico, que si un tuberculoso pulmonar presenta lesiones secundarias del intestino, se trata de ulceraciones, no de tuberculosis hipertrófica.

Esta forma es relativamente frecuentísima en el intestino grueso. La tuberculosis principia, al parecer, en el ciego, cerca de la válvula de Bauhin; en la forma hipertrófica pura el ciego es el único invadido; el intestino delgado queda intacto. Cuando la hipertrofia de las paredes se complica con ulceraciones de la mucosa, la tuberculosis franquea la válvula y se propaga al intestino grueso, pero la que se propaga es la ulceración tuberculosa secundaria, no la hipertrofia. Esta regla es absoluta. Proponemos, por lo

tanto, llamar tuberculosis cecal á la forma hipertrófica, é ileocecal á la ulcerosa, sea primitiva ó no. La primera es limitada; la segunda se halla en vías de generalización.

En la tuberculosis hipertrófica cecal existe en el ciego un tumor duro y abolsado, bastante grueso para notarse á través de las paredes del abdomen; el tumor ocupa primero la fosa ilíaca derecha y está rodeado de una ganga espesa de tejido grasoso. Al abrir el intestino se observa engrosamiento enorme de sus paredes; la superficie de sección presenta un tejido lardáceo y calloso, reblandecido en algunos puntos, que corresponden á los tubérculos en vías de fusión caseosa. La hipertrofia es concéntrica y la estenosis queda constituida. El trayecto estrechado, de 5 á 6 centímetros de longitud, es tortuoso, á lo que se debe principalmente la estenosis. La superficie de la mucosa está cubierta de eminencias más ó menos voluminosas que ocasionan á veces la oclusión completa..

Tuberculosis hipertrófica del colon.—En el colon, la tuberculosis no está tan imitada como en el recto. La reacción esclerolipomatosa de vecindad es más difusa, lo que contribuye á realizar transiciones insensibles con la forma enteroperitoneal fibrosa. Los ganglios están afectados. Presenta como caracteres esenciales: ser más difusa, menos ulcerosa y propagarse al tejido celular subperitoneal; es rara su transformación caseosa.

Tuberculosis hipertrófica del recto.—El recto está aumentado de volumen y convertido en un tubo rígido, espeso y resistente; á su alrededor hay infiltración adiposa, más abundante en tubérculos que en el ciego. Gracias á esta envoltura, el recto se adhiere á los órganos inmediatos, en particular á la vejiga. Las paredes del intestino son muy gruesas, acartonadas y sembradas de foquillos amarillentos caseosos.

Al corte se encuentra, algo más arriba del ano, una porción estrechada que forma una especie de virola escirrosa. La mucosa está sembrada de vegetaciones polipoides poco voluminosas y de fisuras y úlceras profundas cubiertas de una capa purulenta, sinuosa y fétida. Cerca de la estrechez predominan las lesiones de rectitis; las ulceraciones del segmento inferior son extensas y pueden originar la perforación.

II. **Diagnóstico.**—*A.* Tuberculosis del ciego.—1.° *Tuberculosis ulcerosa limitada.*—Cuando la ulceración primitiva se halla localizada en el ciego y es de pequeñas dimensiones, los signos son los de la enteritis bacilar ordinaria: diarrea mucosa ó con estrías sanguíneas.

2.° *Tuberculosis ileocecal enteroperitoneal.*—Es un tipo clínico común. El principio recuerda el de la forma localizada, pero los síntomas funcionales y físicos, muy ligeros, no llaman la atención ni del enfermo ni del cirujano. A veces, los primeros signos son los de enteritis tuberculosa verdadera; hay deposiciones diarréicas frecuentes, abundantes y sanguinolentas. De cuando en cuando se presentan verdaderos accesos dolorosos con meteorismo localizado que corresponden á los brotes peritoneales; muchas veces se cree que son crisis de apendicitis ó de oclusión intestinal. Pero la marcha, crónica casi siempre, de la enfermedad, es un dato de gran valor diagnóstico. Estos enfermos son tuberculosos; tienen calofríos é hipertermia de curva acentuada. Los signos pulmonares vienen de ordinario á confirmar todas las presunciones en favor de la bacilosis.

El examen hecho en el período de estado, permite descubrir en la fosa ilíaca derecha una dureza difusa que puede extenderse desde el arco de Falopio hasta la línea media, y que al parecer llega hasta la excavación. No es raro descubrir esta masa por el tacto rectal ó el vaginal; no recuerda por su forma á ningún otro órgano; es de consistencia irregular, blanda en unos sitios y resistente en otros, con zonas sonoras y de macicez. Si la afección se abandona á sí misma, el pus tiende á abrirse paso al exterior. La abertura cutánea es la más frecuente y se forma por encima del arco de Falopio, resultando uno ó más orificios; por estas aberturas sale pus seroso mal trabado y mezclado con excrementos; la fístula pioestercorácea queda formada y su trayecto irregular y tortuoso pone en comunicación el intestino delgado ó el ciego con el exterior.

Los abscesos pelvianos producen síntomas que en la mujer pueden confundirse con los de una supuración de origen genital. La abertura en el intestino es frecuente; se ve coincidir entonces derrames purulentos por el ano con disminución del abultamiento y mejoría de los síntomas funcionales. El absceso puede reproducirse y vaciarse de igual manera varias veces; si se forman entero-anastomosis con un punto elevado del íleon, van acompañadas de lienteria, casi siempre incorregible. La abertura en la S ilíaca ó en el recto es seguida, al parecer, de mejoría de larga duración. La abertura en la vejiga es más funesta; la fístula vesico-intestinal que resulta es gravísima. En casos raros, cuando se ha formado la fístula intestinal, los síntomas generales mejoran á causa quizá de que las masas caseosas se esclerosan y de que la supuración disminuye, pero sin cesar completamente. Es más común que los signos generales se agraven; el enfermo se debilita á consecuencia de la tuberculosis y de la supuración; los signos pulmonares se acentúan, la temperatura se eleva y sobreviene la caquexia, seguida al poco tiempo de muerte.

El diagnóstico de la tuberculosis ileocecal es relativamente fácil, porque los signos generales de caquexia progresiva ponen en la pista. No obstante, al principio es posible la confusión con las exacerbaciones de la apendicitis crónica que van acompañadas de peri-apendicitis; si no se observa resolución de la masa endurecida en la época en que suele observarse en la apendicitis, hay motivos para sospechar la tuberculosis cecal.

3.° *Tuberculosis hipertrófica.* — El primer período es muy largo y no se revela más que por signos funcionales : dolor en la fosa ilíaca derecha y trastornos digestivos. En el de estado los signos funcionales se acentúan y se observan signos físicos marcados : meteorismo permanente peri-umbilical y peristaltismo ligero después de las comidas.

Al palpar, se nota á la derecha del ombligo un tumor de valor diagnóstico grandísimo. Es del tamaño del puño, oblongo, sigue la dirección del ciego y se asemeja por su forma á este órgano distendido por una inyección solidificable. Sus paredes son lisas, duras y de consistencia igual. No hay dolor á la palpación. Este tumor ocupa de ordinario la fosa ilíaca derecha, pero en ciertos casos el ciego, infiltrado, se halla debajo del arco de Falopio, en el seno que forma la pared abdominal y la fosa ilíaca interna, y en contacto inmediato con los planos superficiales.

B. Tuberculosis del colon.— Es difícil en la actualidad precisar la sin-

tomatología. Las lesiones ulcerosas localizadas se revelan por abscesos. Las tuberculosis hipertróficas producen signos funcionales de estrechez del intestino grueso, cuya naturaleza es difícil conocer.

C. Tuberculosis del recto. — Las ulceraciones anorrectales se observan de ordinario en los tuberculosos confirmados; se conocen al examen directo por sus caracteres típicos.

La *forma hipertrófica* se manifiesta por rectitis con dolor agudo, sobre todo al defecar; va acompañada de tenesmo y de pujos. Hay á la vez derrame por el ano; el derrame, blanquecino y mucoso al principio, se hace sanguinolento después de la defecación; en ocasiones se producen verdaderas rectorragias incoercibles. Después fluye en abundancia en los intervalos de la defecación pus rojizo, sanioso y fétido. En ciertos casos los trastornos funcionales son ligeros y corresponden á lo que los autores antiguos designaban con el nombre de período latente. Los trastornos de origen inflamatorio tardan poco en ser seguidos de otros mecánicos: las fibras musculares se debilitan á causa del esfuerzo constante y la defecación se hace cada vez más difícil; la estrechez se acentúa por espasmo ó por recrudescencia de las lesiones. El enfermo defeca con dificultad á pesar de los enemas y de los laxantes repetidos. Los excrementos forman ovillos y van acompañados de derrames sanguinolentos y purulentos. A consecuencia de este estreñimiento puede aparecer diarrea incoercible; es una verdadera incontinencia por rebosamiento debido á que las paredes, al perder su elasticidad, no pueden ponerse en contacto por la acción del esfínter y transforman el recto en un tubo rígido.

El estado del enfermo tarda poco en hacerse lastimoso; es el período de los abscesos perirrectales, cuya abertura al exterior suele ser seguida de alivio inmediato; es la oclusión completa siempre amenazadora; es la perforación en el peritoneo; es la generalización rápida y fatal.

Puede decirse que la tuberculosis del recto, aun en su forma hipertrófica, es la que sigue la marcha más rápida; esta gravedad se explica por la mezcla de los accidentes tuberculosos y septicémicos con los de oclusión.

Los medios de diagnóstico de esta lesión se resumen en el empleo del examen directo. El tacto es el que permite principalmente apreciar con exactitud el estado de la ampolla; debe practicarse con prudencia cuando se sospecha que existe rectitis. Después de franqueado el esfínter se encuentra un conducto rígido y fibroso completamente inextensible. Las paredes son rugosas y sangran con facilidad. Muchas veces es imposible llegar más allá del sitio de la estenosis; si se consigue salvar este punto, el dedo encuentra una gran cavidad llena de detritus saniosos, infectos, y de materias fecales.

A veces es difícil decidir entre un cáncer y la tuberculosis, sobre todo en los cánceres anulares; el diagnóstico con la estenosis sifilítica, tan dudoso ya con el microscopio, es imposible de resolver en clínica. Los antecedentes y la marcha de la enfermedad resolverán la cuestión.

III. **Tratamiento.** — 1.° *Indicaciones sacadas del estado general.* — Hay, desde este punto de vista, dos clases de enfermos; en unos las lesiones se hallan en plena evolución; están interesados varios órganos además del intestino. En estas formas es preciso ser parcos para practicar intervencio-

nes radicales; basta combatir la oclusión y dejar el órgan afectado en reposo.

En otros las lesiones han quedado limitadas al primer segmento intestinal invadido; predominan los trastornos mecánicos en la circulación de los excrementos. El cirujano debe ser más atrevido, aunque el diagnóstico no sea exacto; es preciso intervenir cuando hay signos de estenosis permanente, coincidan ó no con la existencia de una masa en uno de los segmentos del intestino grueso, porque así puede contenerse definitivamente la marcha de la afección; las probabilidades de éxito son tanto mayores cuanto antes se interviene.

El cirujano no debe ordenar de antemano su manual operatorio. Se limitará á considerar las eventualidades probables, y una vez abierto el vientre y estudiada la lesión *de visu* en sus relaciones y extensión, adaptará su técnica á las exigencias de cada caso.

2.° *Indicaciones sacadas de los caracteres anatómicos de las lesiones.*— *A.* Tuberculosis del ciego. — La laparotomía se practica en la línea media ó en el borde externo del recto mayor. Debe quedar un espacio bastante grande para llegar con facilidad á la lesión, apreciar bien sus límites, sus adherencias, su aspecto exterior, etc. Cuando el intestino enfermo no está adherido al peritoneo, existe con seguridad una ulceración limitada con ó sin reacción hipertrófica. Si las adherencias con la pared son extensas y sólidas, se trata de la forma enteroperitoneal, mucho más grave.

a) En la forma hipertrófica, la enterectomía (resección del segmento ileocecal) es la operación preferible. Debe resecarse la mayor cantidad posible de intestino. Un ciego que parece inmóvil por completo, se moviliza fácilmente una vez desprendido el peritoneo parietal. Es una intervención radical y relativamente poco grave, mientras sólo se aplica á este tipo de lesiones; en efecto, el estado general de estos enfermos es satisfactorio durante mucho tiempo. Si no tienen al parecer la resistencia suficiente para soportar la resección, es porque las ulceraciones progresan y tienden á difundirse.

b) En la forma enteroperitoneal no se intentará obtener la curación por la enterectomía, peligrosísima y penosa á causa de las adherencias. Es preferible recurrir á los métodos paliativos. La laparotomía pura y simple es un paliativo. Siempre que pueda practicarse sin peligro, es decir, casi siempre, debe dejarse la lesión en reposo, haciendo la exclusión unilateral, preferible á toda entero-anostomosis, ileocólica ó ileosigmoidea, trátese de tuberculosis abiertas ó cerradas. La anastomosis basta para restablecer la libre circulación de las materias; deja, no obstante, subsistir el contacto irritante é infectante de estas materias con las lesiones, y si hay una fístula deja que subsista sin disminuir el derrame.

En las lesiones cerradas preferimos la exclusión unilateral con desembocadura en la S ilíaca. En las lesiones abiertas, la exclusión bilateral está permitida; el orificio de la fístula patológica es suficiente para eliminar los productos de secreción del intestino; es una buena operación que contiene por completo el derrame estercoráceo. Tiene el inconveniente, aun en el caso de curación, de dejar una fístula mucosa, así que preferimos la exclusión unilateral. Se ha reprochado á ésta permitir el reflujo de las mate-

rias al ciego enfermo; la objeción es quizá fundada si se hace la anastomosis con el colon ilíaco ó el transverso. Se ha dicho también que la exclusión unilateral, al no aislar por completo la lesión, permite la inoculación del segmento subyacente del intestino; pero este peligro, real sólo en la tuberculosis en evolución activa, ¿se evita por la oclusión bilateral que abre á los bacilos la vía sanguínea y la linfática?

Estas reglas generales tienen excepciones. La existencia, por ejemplo, de un absceso de la pared del abdomen, puede exigir la incisión directa del foco parietal é intestinal; una vez que cede la fiebre se procura suprimir la fístula pio estercorácea. Los trastornos graves de oclusión aguda suponen á veces la formación rápida de un ano contranatural, pero es mejor, si el enfermo no está muy débil ó intoxicado, practicar la entero-anastomosis.

En la invaginación íleocecal se ha practicado con éxito la desinvaginación. Si es crónica sin amenaza de esfacelo, se recurrirá á la entero-anastomosis, gracias á la cual un enfermo de Czerny sobrevivió un año. La resección total ó parcial del intestino invaginado no se ha practicado en los casos de tuberculosis. En la perforación intestinal el tratamiento ha sido ineficaz.

B. Tuberculosis del recto.—Parece que en la tuberculosis del recto se imponen la resección ó la amputación total del órgano enfermo; pero, por desgracia, las lesiones tuberculosas se complican con infecciones secundarias que influyen de una manera funesta sobre el estado general y que crean complicaciones locales (flemones isquiorrectales, pelviperitonitis adhesivas, fístulas); la cura radical tarda, por lo tanto, poco en ser impracticable. Aun en los casos favorables en apariencia, la extirpación primitiva es grave y expone á infecciones pelvianas difusas y á la generalización tuberculosa rápida. Es preciso practicar primero la colotomía ilíaca (Polosson, Gérard-Marchant), dejar la lesión en reposo todo el tiempo necesario, tratarla directamente por los agentes modificadores y no intentar la extirpación secundaria más que cuando las circunstancias lo permitan: recto relativamente móvil, integridad de los órganos inmediatos, etc.

La rectotomía externa, combinada con el raspado, con la cauterización activa, con la dilatación metódica, sólo se empleará en las lesiones limitadas ó, por el contrario, en las muy graves, para intentar su extirpación.

C. Tuberculosis del colon. — Conocemos tan mal estas lesiones del colon y los casos operados son tan poco numerosos, que las indicaciones que pueden formularse son teóricas. Las tuberculosis del intestino grueso, aun limitadas á las formas llamadas quirúrgicas, son tan variables en su extensión y marcha, que sólo es posible hacer una reseña general sobre la gravedad y eficacia de los métodos terapéuticos. Los resultados obtenidos son en conjunto favorables y mejorarán á medida que se perfeccione el diagnóstico y puedan llenarse mejor las indicaciones operatorias. La mortalidad post operatoria ha descendido ya á 15 ó 20 por 100 en una afección que, abandonada á la naturaleza, termina siempre por la muerte, y hace veinte años se consideraba como fuera de los recursos del arte.

El Dr. E. Loison: **Indicaciones operatorias.**—*A.* Operaciones de necesidad.—Existen ciertas operaciones, llamadas de necesidad, que es preciso practicar en todos los enfermos, excepto cuando á causa de su estado

desesperado no pueden resistir un traumatismo, por ligero que sea. La obstrucción aguda ó crónica exige la formación de un ano artificial por encima del obstáculo. La peritonitis supurada, difusa ó el absceso enquistado, pueden exigir practicar una laparotomía más ó menos extensa, á fin de dar salida al pus. La hemorragia procedente de la ulceración de un vaso de la pared intestinal se contiene con el tratamiento médico; en el caso contrario, se practica un ano artificial por encima de la lesión y se hacen en el extremo inferior irrigaciones con líquidos hemostáticos.

B. Operaciones de circunstancias. — No hay la misma unanimidad de opinión respecto á los casos de tuberculosis ulcerosa, simple ó hipertrófica, que no entrañan un peligro inmediato de muerte. Es entonces una operación en cierto modo preventiva que se practica para contener la extensión local de las lesiones ó impedir su generalización. Con este objeto se practicaba antes la exeresis completa y radical de todo foco tuberculoso, siempre que lo permitieran las condiciones anatómicas y fisiológicas de la región. Hoy se emplean los métodos conservadores de la punción, con inyecciones modificadas, de la revulsión, de la inmovilización; etc.

La tuberculosis no es una enfermedad que termina siempre por la muerte como el cáncer. Hasta que se descubra un suero antituberculoso eficaz, muchas veces debemos limitarnos á no perturbar los esfuerzos espontáneos de defensa de la naturaleza, reduciéndonos á ayudarla. La mayor parte de las tuberculosis cutáneas son curables por la medicación general y el reposo del órgano enfermo, siempre que las lesiones no estén muy avanzandas y los microbios de la infección secundaria no hayan asociado su acción nefasta á la del bacilo de Koch.

En la tuberculosis del intestino grueso esta última influencia existe en casi todos los casos, á causa de las ulceraciones. Sin embargo, ciertas operaciones conservadoras permiten la regresión de la lesión local, sin necesidad de la exeresis; estas operaciones deben tener por objeto dejar en reposo el segmento invadido del intestino. Un traumatismo ligero evita que se exacerbe una tuberculosis meníngea, pulmonar, renal, etc., desconocida hasta entonces, y que puede progresar con rapidez á causa del colapso consecutivo á una exeresis importante.

Antes de practicar una operación conservadora ó radical debe examinarse detenidamente al enfermo para saber si están afectadas las vísceras esenciales. La coexistencia de la tuberculosis pulmonar constituye contraindicación operatoria absoluta; otros creen que puede operarse siempre que sólo esté invadido un vértice, y los síntomas pulmonares, poco acentuados, sean consecutivos á lesiones tuberculosas intestinales. Extirpando en estos casos todo el foco intestinal hay probabilidad de que cure la lesión pulmonar. Es preciso desconfiar de las diarreas rebeldes y abundantes, que coexisten casi siempre con úlceras intestinales. El estado general del enfermo suministra indicaciones útiles; en todo sujeto bien nutrido puede intervenirse con probabilidades de éxito.

Modos de intervención y resultados. — *A.* Operaciones auxiliares ó paliativas.—Son de dos clases: *laparotomías* y *enterostomías*.

a) *Laparotomía.*—Constituye forzosamente el primer tiempo de todas las operaciones que describiremos; puede ser también la única que se practi-

ca cuando, una vez abierto el vientre, se reconoce que las lesiones son extirpables. Muchas veces se practica sistemáticamente, sobre todo en la tuberculosis del ciego, ulcerosa ó hipertrófica. Se obtienen con ella buenos resultados imposibles de explicar. Billon emite, respecto á esta acción favorable, varias hipótesis, de las que citaremos las siguientes:

La laparotomía separa las asas intestinales y rompe adherencias ligeras, lo que modifica la nutrición.

Al abrirse el vientre cesa la compresión, lo que provoca una hiperemia de las asas de efectos tróficos.

Cuando se emplea la laparotomía es preciso que pueda cerrarse el vientre sin hacer el desagüe (Bérard y Patel). Somos de la misma opinión si el peritoneo está libre; pero si el ciego se halla endurecido y rodeado de adherencias que borran por completo la cavidad peritoneal en este punto, creemos que después de romper lo más posible el tractus fibroso para dejar libre el intestino, conviene emplear por algún tiempo el taponamiento, desagüe con gasa, alrededor del ciego, para que se reblandezca progresivamente el bloque fibroso.

b) Enterostomía.—El cirujano se propone evitar la irritación constante producida sobre las lesiones por el contacto de las materias y dejar en reposo la parte invadida, suprimiendo sus contracciones. Se consigue haciendo derivar el contenido intestinal á fin de que no pase por el segmento interesado. Estas operaciones se practican otras veces á causa de una cicatriz ó hipertrofia concéntrica del intestino.

1.° *Ano artificial.*—El ano artificial establecido en el íleon, el ciego ó la S ilíaca, según el sitio del foco tuberculoso, permite conseguir este resultado. La operación es benigna y fácil de ejecutar; á veces crea una deformidad molesta que debe ser tolerada mucho tiempo, hasta la curación completa de las lesiones. El ano contranatural debe reservarse para las operaciones de necesidad, y sólo constituye el primer tiempo de una intervención más compleja.

2.° *Entero-anastomosis.* — La entero-anastomosis permite obtener el mismo resultado que el ano artificial, desde el punto de vista de la derivación del curso de los excrementos, y además no produce deformidad alguna penosa, puesto que el ano normal sigue desempeñando sus funciones. Puede practicarse la entero-anastomosis simple por el método de Maisonneuve, anastomosando el íleon con el colon transverso ó la S ilíaca. Es indudable que después de esta operación, en muchos casos, si no en todos, una parte del conducto intestinal penetra en el asa de la que ha pretendido derivarle. Es necesario, por lo tanto, hacer más y practicar la entero-anastomosis con exclusión, si se quiere evitar el contacto irritante de las materias sobre las lesiones, y dejar en reposo el segmento intestinal enfermo. La exclusión será uni ó bilateral, cerrada ó abierta.

En la exclusión unilateral se secciona el intestino por encima de la lesión y á cierta distancia, para encontrar tejidos sanos; se sutura el cabo inferior y se hace desembocar el superior por debajo y á distancia suficiente de la lesión, en el colon transverso, la S ilíaca ó el recto. Este método de exclusión tiene inconvenientes: permite el reflujo y la acumulación de las materias fecales en la parte excluída, y mantiene la irritación de las lesiones;

puede, en sentido inverso, permitir la extensión de la tuberculosis á las partes del intestino situadas por debajo de la nueva boca anastomótica.

La exclusión bilateral suprime estos inconvenientes; la cerrada tiene la desventaja de originar la retención, y es preciso adoptar la abierta en uno ó en los dos cabos. Así pueden tratarse tópicamente las úlceras de la mucosa. Es verdad que se crea una deformidad, pero de poca importancia, porque no se trata de un ano contranatural, sino de simples fístulas mucocutáneas de secreción poco abundante.

Estas operaciones están indicadas en las formas de tuberculosis, ulcerosa é hipertrófica, simples ó complicadas con estrecheces ó fístulas purulentas ó pio-estercoráces. Son consideradas como operaciones definitivas ó como preliminares de una intervención radical que se practica después.

B. Operaciones radicales. — No conviene ilusionarse con el nombre radical que se da á estas operaciones, porque los bacilos quedan en la economía y pueden multiplicarse más pronto ó más tarde.

Enterectomía. — El objeto es suprimir lo más extensamente posible la porción intestinal enferma y restablecer la continuidad del aparato digestivo por la desembocadura términoterminal, términolateral ó láterolateral. Se han hecho objeciones numerosas á la operación radical; la lesión tuberculosa puede curar con menos gasto, se corre el peligro de extirpar lesiones inflamatorias simples, no hay seguridad de hacer una operación completa, las extensas superficies cruentas que se crean predisponen á la infección por la vía sanguínea, algunos tumores tuberculosos muy adheridos á las paredes abdominales ó á las asas inmediatas, ó complicarlos con fístulas múltiples purulentas ó pio-estercoráceas constituyen una contraindicación absoluta.

La enterectomía se ha practicado, sobre todo, en la tuberculosis íleocecal. En los casos en que se ha extirpado sólo el apéndice ó resecado parte del ciego quedó una fístula, y fué preciso intervenir después para resecar el ciego y á veces parte del colon ascendente y del íleon. Se citan pocos casos de resección de tuberculoma del colon ó S ilíaca, en los que hubo recidiva en los muñones.

Sea cual fuere la región del intestino grueso invadida, la enterectomía puede practicarse en dos tiempos ó en uno. Si se opera en dos tiempos, principia por hacerse la entero-anastomosis con exclusión bilateral abierta en uno de los cabos; después, cuando el curso de las materias se ha restablecido, sólo queda por extirpar el segmento excluído desinfectándolo previamente. Es preferible este método á la operación en un tiempo, porque el colapso es menor y muchas veces, después de la primera intervención, curan las lesiones.

En el recto no deben diferirse ni abandonarse las operaciones radicales. Contra la tuberculosis ulcerosa rectal la cecostomía ó la sigmoidectomía prolongada hasta que curen las lesiones, constituye el tratamiento preferible; en la estrechez cicatrizal ó el tuberculoma hipertrófico sólo debe practicarse la resección, después de formar un ano ilíaco temporal. Observaciones numerosas prueban que las tentativas de dilatación progresiva y las rectotomías interna y externa son ineficaces. La entero-anastomosis, aun íleorrectal, no suele ser posible, y el ano contranatural permanente tiene

muchas desventajas, por lo que la resección es preferible en estos casos, si el estado del enfermo y la extensión de las lesiones lo permiten.

Es muy difícil comparar el valor de las diferentes intervenciones en la tuberculosis intestinal. Las cifras siguientes, tomadas de la tesis de Crouzet (1905), se refieren sólo á la región íleocecal.

En 10 casos tratados por la laparotomía simple hubo tres muertes, ó sea el 30 por 100.

En 17 casos tratados por la entero-anastomosis no hubo muerte alguna; en dos enfermos se practicó la exclusión secundaria.

En 28 casos de exclusión hubo cuatro muertes, ó sea el 14 por 100.

En 71 casos operados por la resección total hubo dieciséis muertes, ó sea el 22'5 por 100.

Según esta estadística, descartando la laparotomía simple, la mortalidad más elevada es la de la enterectomía.

Inmunización antituberculosa.—El Dr. Rappin: La inmunización antituberculosa debe ser considerada como posible y puede obtenerse por dos métodos que se inspiran en procedimientos diferentes.

El primero de ellos procura inmunizar el organismo por el empleo directo del bacilo modificado ó de sus toxinas (vacunación y toxinoterapia). El segundo tiene por objeto obtener un suero preparado por los procedimientos que se emplean de ordinario con este fin (seroterapia); en otras palabras, y según la expresión de Ehrlich: «uno de estos métodos procura producir la inmunidad activa, el otro la inmunidad pasiva».

Los resultados que se han obtenido por uno y otro medio son relativos. De los hechos observados se deduce, en último análisis, que los únicos efectos verdaderamente manifiestos, y, por decirlo así, indiscutible, que se han conseguido hasta ahora con estas tentativas de inmunización pertenecen á los métodos que se inspiran en el principio de la vacunación por los virus atenuados, y que para luchar contra el germen tuberculoso han utilizado directamente los «cuerpos bacilares».

Los experimentos que he practicado en unión de los Dres. Blaizot y Soubrane me han guiado al mismo principio general de vacunación; intentar producir en un organismo un ataque de la enfermedad, lo más débil y benigno posible, pero suficiente para que adquiera así una resistencia al virus, durante más ó menos tiempo. Inyectando al perro por vía intravenosa primero dosis iniciales (0gr.,0004) de bacilos humanos desecados en el vacío, aumentándolas después progresivamente y haciendo las inyecciones cada mes ó cada dos meses, por espacio de un año, año y medio ó más tiempo, se consigue así inyectar al animal dosis cada vez más elevadas y hasta 1 y 2 centígramos de este virus atenuado. De este modo se confiere al perro una resistencia verdaderamente notable que le permite soportar, durante mucho tiempo, la inoculación intravenosa de grandes dosis de virus en plena actividad, inoculación á la que sucumben los testigos en poco tiempo y con todas las lesiones de la tuberculosis miliar aguda y generalizada.

Al parecer, en estos experimentos, inyección de bacilos modificados á grandes intervalos y por la vía intravenosa, se consigue, por una especie de educación, desarrollar en las células una sensibilidad quimiotácsica más activa y aumentar la acción de los fermentos diastásicos que disgregan y

absorben los bacilos. Parece difícil, en presencia de estos hechos, no admitir la existencia de un principio que comunica á las células fagocitarias propiedades nuevas y las permite resistir, al menos durante más ó menos tiempo, á la acción de los bacilos. En estas tentativas de vacunación se procura obtener, no sólo un proceso de defensa puramente anatómico por formación de un tejido escleroso ó de otro género, sino también una reacción, en cierto modo viva, bajo la influencia de un principio nuevo, enzima ó fermento diastásico, elaborado por las células que las transforma y hace refractarias al proceso infeccioso, caracteres propios de la inmunidad activa.

Mas, como advierte el Dr. Behring á propósito de la vacunación de los bóvidos, semejantes métodos no pueden aplicarse directamente y sin modificaciones al hombre, y es imposible someter el organismo humano á una prueba tan peligrosa, pero puede intentarse realizarlo de una manera indirecta. Es lógico, en efecto, creer que la propiedad vacunal que confiere al animal tratado una resistencia tan grande á la infección tuberculosa experimental, puede poseerla el organismo del vacunado y ser extraída y transmitida así á otros organismos.

Estas consideraciones nos han inducido á estudiar ante todo las propiedades del suero de los animales vacunados. Pero á pesar de la cantidad relativamente elevada de cuerpos bacilares inyectados, no nos parece que el suero posea propiedades activas. Esto nos ha hecho creer que el principio de la vacuna reside más en las células de los órganos que en los humores del organismo, y que debe intentarse extraerle de estos órganos para aplicarle al tratamiento específico.

Para conseguir este objeto pueden utilizarse diferentes modos de preparación, inspirados en los que se emplean en el método llamado de los extractos orgánicos, cuya aplicación presta servicios en gran número de afecciones. Por el empleo de estos métodos y utilizando procedimientos particulares, se vislumbra la posibilidad de transportar sin peligro al organismo humano la substancia de la vacuna obtenida así.

Esta preocupación de evitar ante todo la utilización directa de los bacilos, aun modificados, para producir en el organismo humano los fenómenos de vacunación y de inmunización, previniendo así los peligros que dicho método puede hacer correr, es evidente, sobre todo en los últimos trabajos de Behring, y la serie de tentativas que ha hecho con tal objeto demuestra lo ingenioso de las investigaciones de este sabio. Abandonó el empleo de compuestos susceptibles de obrar con demasiada energía sobre el bacilo y de destruir los cuerpos bacilares, cuya actividad quería respetar, y empleó substancias que si bien privan al bacilo de sus cubiertas y sólo de algunas de sus toxinas, le permiten no obstante conservar ciertas propiedades patógenas. Después, profundizando más en el fenómeno interno del proceso de la vacuna, ha modificado el bacilo haciéndole perder sus últimas propiedades, sin destruir en él el principio activo, y ha conseguido, por último, transformarle en una substancia T C, absorbible directamente por las células, y que determina en ellas, como término final, la producción de la substancia vacunadora T X.

El método de Behring es delicadísimo; así que su autor, después de ha-

ber transformado ulteriormente el bacilo en una substancia amorfa, por preparaciones cuya fórmula no ha hecho pública, no consiente aún en confiar directamente al organismo la tarea de elaborar esta substancia y de convertirla en vacuna. Esta metamorfosis se produce fuera del organismo, *in vitro*, y hay motivos para creer que, en este objeto, utiliza la propiedad que poseen los leucocitos de desempeñar sus funciones fagocitarias, aun fuera de su medio natural.

El Dr. F. Arloing: La demostración que hicieron en 1895 Behring y Knor de la existencia de una antituberculina en la sangre de los animales impregnados por la tuberculina, es la base de la sueroterapia antituberculosa. Todos los experimentadores procuran dotar á los sueros que preparan de virtudes específicas activas, variando las substancias inyectadas al sujeto productor del suero desde los bacilos virulentos ó no, muertos ó vivos, hasta las diversas tuberculinas.

Como la antitoxina es un producto de reacción cuyas cualidades están unidas, de un modo más ó menos íntimo, con las substancias que han contribuído á su formación, parece lógico intentar variar hasta el infinito los agentes provocadores de la reacción orgánica, con la esperanza de descubrir el que produzca un suero más antitóxico y más antimicrobiano que los obtenidos hasta ahora. Estos excitadores son los productos abandonados en los cultivos por los diversos bacilos tuberculosos, los bacilos ó las substancias elaboradas en segundo grado, por las células de un organismo tuberculizado ó tuberculinado.

Esta propiedad antitóxica puede apreciarse de dos maneras: 1.ª, dosificando la *energía antitóxica* del suero respecto á la tuberculina en el conejillo sano, y tomando, según ha propuesto Maragliano, como unidad antitóxica (U A), la cantidad de suero que protege un kilogramo de conejillo sano contra la dosis mínima de tuberculina capaz de matarle; 2.ª, utilizando el *método de la sero-aglutinación* de los bacilos tuberculosos en cultivos homogéneos de S. Arlonig y P. Courmont.

En general, una propiedad antitóxica elevada corresponde á una propiedad aglutinante enérgica del suero. Puede decirse, en general, que los sueros más antitóxicos y los más aglutinantes son los provocados por las inyecciones subcutáneas de los bacilos vivos.

Los experimentos han demostrado que los efectos bactericidas y bacteriolíticos de los sueros antituberculosos son muy variables y no pueden producirse de una manera simultánea. La propiedad aglutinante de un suero puede ser independiente de las lisógenas.

Resulta de mis experimentos que el suero antituberculoso posee propiedades curativas deficientes. El suero específico antitóxico es el único medio que poseemos actualmente para conferir sin peligro cierto grado de inmunidad contra la tuberculosis. Esta inmunidad es pasiva, es decir, insuficiente. Será sustituída por la inmunidad activa el día en que salga del dominio experimental y entre en el de las aplicaciones prácticas. La inmunidad activa se obtiene inyectando á un individuo bacilos tuberculosos, que producen directa ó indirectamente substancias específicas. Es una inmunización isopática, una verdadera vacunación.

El problema de la vacunación antituberculosa consiste en hacer á un

sujeto inyecciones de bacilos de virulencia atenuada, sin crear focos tuberculosos nocivos, después, aumentando la dosis ó la virulencia de los microbios, en conseguir progresivamente hacerle refractario á una inyección de bacilos virulentos, cuyos efectos tuberculígenos se han comprobado en un animal. Ha sido resuelto en los animales por Behring (1901) con su bovovacuna, y después por S. Arloing. En el hombre sólo ha hecho Mœller algunas tentativas raras. Esta prudencia se comprende, porque es preciso no olvidar que la vacunación isopática con los bacilos más ó menos modificados de la enfermedad que se propone evitar, está expuesta siempre á dos clases de imperfecciones. O bien los bacilos atenuados obran con demasiada energía en los sujetos muy susceptibles, y no se limitan á producir una enfermedad atenuada; ó bien, por una causa mal conocida, no confieren la inmunidad ó la que confieren en insuficiente.

Las vacunaciones aplicadas á los animales producen resultados altamente satisfactorios, á pesar de sus imperfecciones ligeras é inevitables. Mas cuando se trata de aplicarlas al hombre, es preciso tener muy en cuenta dichas imperfecciones, por cuyo motivo se espera con impaciencia la realización de las esperanzas que Behring hizo concebir en el último Congreso de la tuberculosis.

El profesor S. Arloing: La idea que ha guiado mis trabajos tiene relaciones íntimas con la doctrina de la inmunización activa en las enfermedades virulentas por el empleo de los virus atenuados. ¿Puede adquirir este estado el virus tuberculoso? Principié á demostrarlo en 1883, pero la idea tropezó con una oposición grandísima. He necesitado diecinueve años para hacer aceptar la variabilidad del virus tuberculoso bajo las influencias que encuentra en la naturaleza.

Koch planteó el problema en Londres en 1901, y me permitió imponer mi doctrina de la variabilidad del bacilo tuberculoso. Hoy sólo hay divergencias respecto al grado de fijeza ó de maleabilidad de los tipos diversos en la escala de la virulencia.

Se han necesitado cuatro años más para hacer aceptar la unidad de la tuberculosis—ó las variaciones en la unidad—sin la que la vacunación carecería de interés ó sería una operación puramente empírica. Se objetaba, á la idea de la realización posible de la vacunación antituberculosa, que la vacunación se había ensayado contra enfermedades no recidivantes y que era una quimera intentar oponerla á una enfermedad recidivante, y además que los casos de curación espontánea de la tuberculosis no son raros. La resistencia latente á la posibilidad de una vacunación activa de la tuberculosis ha cedido poco á poco, y á medida que se confirmaba la idea de la curación espontánea se precisaba más la de la inmunización. Desde este punto de vista conviene admitir varios grados en la inmunización: absoluta y relativa, está más ó menos completa. Así es que Behring ha podido decir en Estockolmo—sin hallar contradictores—que creía haber conseguido vacunar á las vacas, cuando en realidad las había hecho más resistentes á la infección tuberculosa. No ha sorprendido esta afirmación, porque en 1886, y después en 1895, intentó obtener resultados análogos; no obtuvo resultados satisfactorios, porque era muy exigente respecto al grado de inmunización, que pretendía fuese absoluta.

Todas estas investigaciones, todos estos hechos me convencieron de que era posible obtener bacilos poco enérgicos, y que podían ser inoculados á ciertas especies animales y por ciertas vías sin producir lesiones.

La técnica seguida es bastante compleja. Puede resumirse en el empleo de diversos bacilos humanos poco enérgicos, administrados en serie por orden de intensidad á bóvidos jóvenes. Obtuve resultados bastante satisfactorios en 1902 y en 1904. Después me fijé en un punto más importante. Había creado un bacilo profundamente modificado en sus propiedades y virulencias, modificación comprobada por numerosos experimentos é investigaciones anatomopatológicas é histológicas. Este bacilo, lo suficientemente débil para no ser tuberculizante, dotado de este carácter transmisible de un modo indefinido, es una verdadera vacuna, porque reune los caracteres esenciales, la aptitud para reproducirse con sus propiedades indicadas.

He procurado obtener otra vacuna, acostumbrando los bacilos á temperaturas elevadas, 39, 40 y hasta 44°. Se han observado modificaciones de las propiedades fisiológicas, á contar desde la octava generación, y de la forma desde la generación décimacuarta. He preparado, por lo tanto, dos vacunas de la tuberculosis experimental.

¿Por qué vía debe introducirse en el organismo esta vacuna antituberculosa?

Son posibles tres procedimientos de vacunación: la vía sanguínea, en particular la venosa, la subcutánea y la digestiva, sobre todo cuando se trata de rumiantes jóvenes. He hecho varias series de vacunaciones por la vía subcutánea en la ternera, observando diversos fenómenos después de la primera inoculación: hipertermia, reacción con la tuberculina, reacción aglutinante; á la segunda inoculación, practicada cuarenta y cinco á sesenta días después de la anterior, la reacción es mucho más acentuada, la temperatura se eleva de un modo considerable, pero este trastorno es fugaz, el estado general no se altera, y el animal sigue comiendo. A los pocos meses suele desaparecer gradualmente la reacción con la tuberculina.

¿Se ha conseguido la inmunización ó, si se prefiere, la vacunación? Los resultados lo confirman, puesto que el animal tolera la inyección intravascular, en varias veces, de uno y hasta de cuatro milígramos de bacilos bovinos activísimos.

La prueba por el tejido subcutáneo no produce lesiones, ó éstas son mínimas y quedan localizadas en el ganglio inmediato. Esta inmunidad dura uno ó más años y después puede desaparecer. Es fácil conservarla, porque si bien la vía sanguínea confiere una inmunidad mayor, la inyección subcutánea es suficiente para prolongarla.

Se han hecho experimentos de vacunación por la vía digestiva en la vaca, la cabra y el mono. La vacunación antituberculosa es hoy el arma más eficaz y en la que más puede confiarse en la lucha contra el terrible azote, si bien es preciso interpretar los resultados y esperar algún fracaso, aunque el método perfeccionado sea realizable para el hombre. Existen individuos refractarios por algún tiempo á la vacuna. Con la vacuna jenneriana, tan empleada, se ven fracasos evidentes. Con la antitubercu-

losa ocurrirá lo mismo, aunque el número de personas refractarias á ella será muy pequeño.

En resumen, creo que estamos á la vista del puerto, pues el resultado será más social que privado. — F. Toledo.

(Continuará).

SOCIEDAD MÉDICA DE FILADELFIA

Sesiones de los días 11 y 26 de Abril de 1906.

Penetrómetro de Benoist modificado. — El Dr. *G. E. Pfahler* dijo que el penetrómetro de Benoist consta de dos escalas metálicas, y se emplea para calcular el grado de penetración de los rayos Röntgen, ó, en otras palabras, para determinar la calidad de los rayos usados, en vez de emplear los términos indefinidos y confusos de «blando» «medio» y «duro». Este aparato se componía primitivamente de una placa de plata pura de grosor dado, la que se había comparado con placas de aluminio de 1 á 12 milímetros de espesor. Los rayos atraviesan esta escala y se marcan por sombras sobre una pantalla fluorescente. Se han hecho dos objeciones importantes al uso de esta escala tan sencilla. Primera, exponer al operador á los rayos cada vez que practica un examen. Segundo, necesitarse ocluir el tubo y volverlo hacia el operador para examinar la calidad de los rayos. Para subsanar estas deficiencias, el Dr. Pfahler ha colocado la escala al extremo de un tubo telescópico con la pantalla fluorescente debajo de ella, de modo que las sombras son reflejadas al ojo por medio de un espejo inclinado en ángulo de 45°. De este modo el observador puede examinar el tubo mientras opera sobre el enfermo, permaneciendo en pié, protegido mientras hace el examen. El instrumento es, por lo tanto, utilísimo en radiografía.

Tratamiento de la gastroptosis. — El Dr. *A. Philip Francine* dijo que en pocos padecimientos crónicos hay mejores probabilidades de aliviar los síntomas que en la gastroptosis. Definió ésta como un síntoma complejo que consiste en dislocación hacia abajo y dilatación de la extremidad pilórica del estómago, dislocación hacia abajo del colon transverso y de la flexura hepática, y riñón derecho movible, que están asociados con síntomas gástricos locales y neurasténicos generales. En ciertos casos el hígado es también movible, y se disloca hacia abajo; el bazo lo es pocas veces. En las mujeres multíparas suele haber relajación de los músculos rectos del abdomen. Las dislocaciones uterinas son comunes.

Las indicaciones del tratamiento son: 1.ª Aumentar la energía motora del estómago y suprimir la retención de alimentos y la fermentación consiguiente del contenido gástrico. 2.ª Suministrar un punto de apoyo á las vísceras abdominales y sostenerlas para que una vez que recobren su posición normal se puedan corregir la congestión local y los síntomas de peso y estiramiento. 3.ª Tonificar al enfermo y mejorar su estado mental.

En los casos en que hay retención del contenido gástrico considera el lavado del estómago como indispensable para expulsar el residuo fermentado; este medio es útil también aun en los casos en que no se ha demostra-

do que la movilidad de esta víscera sea deficiente. La masticación é insalivación perfecta de los alimentos son también importantísimas. De igual importancia que el lavado y la masticación es la sujeción mecánica. El cinturón debe aplicarse, no con idea de colocar el estómago en su posición normal, sino de sostenerle. El examen de gran número de enfermos que han empleado cinturones y curado por completo de sus síntomas, le ha convencido de que el estómago jamás recobra por completo su posición normal. Los músculos abdominales deben robustecerse y mejorar su nutrición por los ejercicios adecuados y el amasamiento para que de este modo puedan desempeñar en lo posible su función normal. Respecto al tratamiento quirúrgico, cree que la operación de Beyea, completada por la de Webster cuando es necesaria, es la más racional desde el punto de vista fisiológico y quirúrgico. Antes de emplear estos medios radicales, deben ensayarse el tratamiento higiénico, dietético y farmacológico, y si son ineficaces se recurre á los medios quirúrgicos.

Tratamiento quirúrgico de la gastroptosis. — El Dr. *H. D. Beyea* hizo una ligera reseña del tratamiento quirúrgico de la gastroptosis. La operación de la gastropexia, elevación quirúrgica del estómago por plegadura de los ligamentos gastrohepático y gastrofrénico, fué ideada y practicada primeramente por él en abril de 1898. La operación se funda en el principio siguiente: haciendo tres filas de sutura entrecortada, para las que debe emplearse la seda, de arriba á abajo y de derecha á izquierda, á través de los ligamentos gastrohepático y gastrofrénico, de modo que comprendan los tejidos peritoneales del epiplón gastrohepático, se forma un simple pliegue transversal ancho en los ligamentos, y de este modo se acortan los ligamentos suspensorios del estómago y se eleva esta víscera, recobrando así la posición normal. El órgano recupera sus relaciones anatómicas ordinarias, se corrige la causa del descenso del píloro y de la dilatación gástrica, y queda en disposición de desempeñar sus funciones fisiológicas. En 14 casos operados por el método del Dr. Beyea, el estado de los enfermos mejoró de un modo notable, curando todos los pacientes excepto uno; éste mejoró, pero volvió á recaer á causa del exceso de trabajo producido por la asistencia á dos tifoideos. El Dr. Beyea cree que la operación está indicada en todos los enfermos refractarios al tratamiento farmacológico; pero no puede esperarse la curación por los medios quirúrgicos, si la neurastenia es la causa principal de la enfermedad, y la gastroptosis es de importancia secundaria, ni cuando los síntomas son debidos á una ptosis visceral general (esplacnoptosis). La mortalidad operatoria no excede del 4 por 100.

El Dr. *J. Dutton Steele* dijo que la gran dificultad para formular un plan racional de tratamiento de la gastroptosis se debe al hecho de que ésta no es el único factor. Cree que está asociada muchas veces con síntomas refractarios á los medios quirúrgicos. En bastantes casos no se observa síntoma alguno, y no es raro que los enfermos curen de un modo permanente sin que varíe la posición del estómago. Según su experiencia, los que curan á pesar de tener dislocado el estómago hacia abajo, son aquellos que presentan síntomas nerviosos generales de inestabilidad. Los síntomas gástricos forman parte de la neurastenia general. Estos enfermos podrán mejorar por el método del Dr. Beyea, pero no curan completamente. Si se ob-

tienen buenos resultados son debidos á las seis semanas de reposo en el hospital. Cree, como el Dr. Francini, que el lavado del estómago es utilísimo.

El Dr. *H. D. Jump* encareció la importancia del hecho indicado ya de que la gastroptosis es una complicación de la neurastenia, no causa de ella. Ha observado que la sujeción del estómago por vendajes adecuados es muy útil; en las clases proletarias, el corsé recto anterior produce buenos resultados. Es necesario sostener las paredes abdominales, que están muy relajadas. En estos casos las probabilidades de curación son mucho mayores. El ejercicio abdominal bien ordenado es también útil.

El Dr. *Beyea* manifestó que sus enfermos sólo han permanecido tres semanas en el lecho. Todos sus operados habían estado sometidos antes al tratamiento médico. Ha obtenido con el tratamiento quirúrgico resultados altamente satisfactorios en la gastroptosis.

(*New York Med. Journal*).—F. Toledo.

PERIÓDICOS

El tétanos y el hidrato de cloral.—En un caso de tétanos cuyo origen y duración del período de incubación fué imposible averiguar, empléó el doctor J. Maberly el hidrato de cloral como único remedio y con excelente resultado. El sujeto era un hombre robusto de veintiún años, y llevaba diez días de enfermedad. En once horas se le administraron 16 gramos de hidrato de cloral, sin que ocurriese ningún contratiempo, hecho que explica el autor suponiendo que el medicamento neutraliza directamente el veneno tetánico. En cambio, dosis de 13 decígramos que se le venían dando anteriormente, habían sido completamente inútiles.

(*Lancet*). — R. del Valle.

Tratamiento de la hemoptisis. — La hemoptisis, dice el Dr. Lawrason Brown, puede ser contenida aumentando la coagulabilidad de la sangre, moderando la rapidez de la corriente sanguínea, reduciendo la masa de líquido en los vasos y la tensión sanguínea ó bien provocando la contracción de los vasos afectados. Los medicamentos que aumentan la coagulabilidad de la sangre, como el cloruro de calcio, no han producido resultado alguno en manos del Dr. Brown. La digital es un medicamento infiel. Los que contraen los vasos sanguíneos, ergotina, adrenalina, etc., son perjudiciales, porque aumentan en los enfermos la presión de la sangre al contraer los sanos. Es indispensable rebajar la tensión pulmonar, disminuyendo la masa sanguínea en circulación y para ello nada mejor que los nitritos que dilatan los vasos, en particular de la cabeza, del cuello y del área esplácnica. La acción de los nitritos es algo variable. La del nitrito de amilo es instantánea, pero poco duradera. La de la nitroglicerina y los restantes nitritos es menos rápida y menos fugaz. El de acción más lenta y duradera de todos es el nitrito de eritrol. Lo mejor es administrar primero el nitrito de ami-

lo, repitiendo su administración, si es necesario, á los cinco minutos, hacer tomar después una dosis de nitroglicerina ó de nitrito sódico y á los pocos minutos otra de tetranitrato de eritrol, con lo que se consigue moderar por cierto tiempo la tensión sanguínea pulmonar. La causa de que las hemoptisis se presenten con más frecuencia por la mañana es el aumentar al despertarse el tono vascular que desaparece durante el sueño. Por este motivo el Dr. Brown aconseja hacer inyecciones de morfina y de nitrito sódico entre la media noche y las dos de la madrugada.

(*American Journal of the Medical Science*, agosto 1906). — F. Toledo.

Tratamiento del reuma y de la gota con los rayos Röntgen. — El Dr. E. Moser deduce de numerosos ensayos, las conclusiones siguientes:

En las afecciones reumáticas y gotosas, los rayos Röntgen son un remedio sumamente eficaz.

En las afecciones gotosas, y sobre todo en los ataques recientes de gota, las primeras sesiones deben de ser cortas, como de un minuto de duración. Las afecciones reumáticas exigen generalmente sesiones más largas.

Los rayos Röntgen obran en ambas enfermedades, no tan sólo como calmantes del dolor, sino más bien sobre el mismo proceso patológico.

Aunque hasta ahora no se puede decir nada terminante acerca de la duración de los resultados obtenidos, puede, sí, afirmarse que este tratamiento no es inferior en eficacia á todos los demás, por cuya razón se debe acudir á él en los padecimientos referidos.

(*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*).—R. del Valle.

Valor del cloruro de calcio en el tratamiento de las úlceras.—Los buenos resultados que en los sabañones ulcerados ha obtenido el Dr. G. Arbour Stephens con el uso interno del cloruro de calcio, le ha inducido á ensayar esta medicación en las úlceras crónicas de las piernas. Bajo su influencia la fetidez del derrame desaparece en pocos días, los bordes de la úlcera pierden su carácter calloso, se cubren de granulaciones y cicatrizan con rapidez. Emplea el medicamento al interior, á la dosis de 90 centígramos, tres veces por día. Ha ensayado también en las úlceras sifilíticas, el yoduro de calcio, sal muy delicuescente y los resultados obtenidos han sido satisfactorios en alto grado.—(*British Med. Journal*, 21 julio 1906).—F. Toledo.

El lisol como antianémico y aperitivo.—El Dr. Burger refiere que habiendo empleado con éxtito el lisol á dosis pequeñas, en niños anémicos, para arreglar sus funciones digestivas, no sólo logró este objeto sin molestar al estómago ni á los riñones, sino que además observó que aumentaba el apetito de los enfermos, mejorando con esto rápidamente su estado general.

(*Münchener med. Wochenschrift*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE NEFROPEXIA

POR EL

DR. D. JOSÉ GOYANES

Cirujano de número, por oposición, del Hospital provincial; Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid.

A pesar del crecido número de métodos y procedimientos operatorios de nefropexia, pocos, en verdad, cumplen el ideal de la fijación cruenta del riñón movible, representado por la obtención de las siguientes exigencias: 1.ª, que la fijación renal sea sólida y persistente; 2.ª, que permita los fisiológicos movimientos del riñón, de gran interés, probablemente, para la circulación intrarrenal de la orina; y 3.ª, que el riñón, al ser fijado, recobre su topografía y relaciones normales.

Una fijación sólida y persistente no puede obtenerse, como han demostrado los estudios clínicos y experimentales, con la simple sutura de la cápsula adiposa renal, según el primitivo procedimiento de Hahn (*Centralb. f. Chirurgie*, 1881), por lo cual este mismo autor y poco después los italianos Bassini (1882) y Ceccherelli (1884) modificaron la técnica, pasando los hilos suturales á través de la cápsula fibrosa ó propia del riñón. Un nuevo paso en el adelanto de la técnica dió, sin duda alguna, Ivar Swenson, recomendando comprender el tejido cortical del riñón en la sutura de la cápsula; y con el procedimiento de Guyon se ha llegado á un buen grado de perfeccionamiento en la nefropexia cápsulorrenal sin decorticación, y siguiéndolo, muchos cirujanos han obtenido aceptables resultados en cuanto á solidez en la fijación.

Mayor fijeza que con los procedimientos dichos se obtiene con todos aquellos que decortican una zona más ó menos extensa del

riñón, detalle propuesto ya por Lloyd en 1887 y convertido en procedimiento por Tuffier. Este autor, conservando las ventajas que se obtienen al atravesar el riñón con los hilos suturales, añade las no menos manifiestas de la decorticación parcial del borde renal, garantía de adherencias más sólidas y duraderas. No tiene, pues, nada de extraño que la técnica seguida por Tuffier fuera aceptada, salvo diferencias de detalle, por cirujanos como Jonnesco, Herzel, Johnston, Schilling, Rose, etc.

Aunque no está demostrado que la penetración de los hilos suturales asépticos en el tejido del riñón produzca alteraciones renales de importancia (infección de la herida, albuminuria ó hematuria post-operatorias), algunos cirujanos pretenden evitar estas contingencias suturando solamente la cápsula fibrosa desprendida del riñón. Entre los procedimientos de decorticación con sutura capsular figuran, en primera línea, el de Mazzoni (*Il Policlinico*, 1894) y el casi idéntico de Obalinsky (*Wiener med. Woch.*, 1897); en ambos una incisión en I, cerca del borde convexo renal, determina la formación de dos laterales colgajos de cápsula y una zona de riñón decorticada; mientras que en los de Büdinger y Baldvin la incisión capsular en H forma dos colgajos, superior é inferior, que se fijan en la fascia superficial después de pasarlos á través de ojales musculares.

Con los procedimientos citados se consiguen fijaciones sólidas y duraderas, y no es de creer, por lo tanto, que prosperen y alcancen indicaciones generales, sino cuando más especiales y casuísticas, otros propuestos por distintos autores. En este grupo merecen un recuerdo el de Pullet y Vulliet (fijación de un tendón del dorsal mayor al borde convexo del riñón), el de Sttocasa (fijación renal de un colgajo muscular del cuadrado de los lomos), el de Mariani (fijación del periostio de la costilla duodécima resecada) y los de Caterina y Witzel, que consisten en envolver el riñón en una red de alambre metálico que se fija á la última costilla.

Es indudable que la mayor parte de los métodos citados fijan el riñón por debajo del borde costal, y, por lo tanto, en un lugar impropio, quedando el órgano bajo la acción de los agentes contusivos exteriores y del peso y compresión de las ropas. Preocupados con la idea de evitar este inconveniente, Küster, Tricomi y Riedel, sobre todo, idearon procedimientos ó detalles técnicos de bastante valor.

Los tres preceptos siguientes de Küster, fijar el riñón por el polo inferior exclusivamente, elevarlo á su zona de alojamiento normal, y emplear como material de sutura el hilo de plata, son aceptables,

sobre todo los dos primeros, y constituyen el fundamento de su procedimiento de fijación (descrito en su obra *Die Chirurgie der Niere, der Harnleiter und Nebennieren de la Deutsche Chirurgie*). Menos aceptable parece el procedimiento de Tricomi, porque el riñón fijado á través de un ojal del cuadrado ocupa, sin género de duda, una situación más protegida y oculta, pero no su topografía normal. Con el procedimiento de Riedel (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1892, número 28) se trata de obtener, por adherencia de inódulos carnosos desarrollados en el riñón decorticado, una fijación normal al diafragma y al cuadrado lumbar.

No es nuestro deseo describir con detalle estos procedimientos (quien quiera conocer todos los propuestos debe consultar la moderna Monografía de Elmgren, *Ueber operative Befestigung der Wanderniere*, Berlín, 1903). El ideado y puesto en práctica en cinco nefropexias por nosotros persigue, como los de Küster, Riedel y Tricomi, la fijación topográfica normal, la persistencia de la movilidad fisiológica, como el de Küster, y utiliza, como el de Mazzoni-Obalinski, la formación de un colgajo capsular con simultánea decorticación; pero la confección del colgajo en el polo renal inferior y su fijación á la última costilla para obtener una suspensión del órgano son detalles por completo originales.

La descripción del procedimiento ha sido hecha en una reciente conferencia dada en el Ateneo de alumnos internos de las Beneficencias general y provincial, y los casos clínicos fueron presentados en la sesión del día 28 de mayo en la Academia Medico-Quirúrgica Española.

La técnica empleada es la siguiente: colocado el enfermo en decúbito lateral con un rollo cilíndrico en el flanco opuesto, ó en decúbito prono y anestesia por insuflación, cuando se practique la nefropexia doble, se hace una incisión de 8 á 10 centímetros que, comenzando en el ángulo lumbocostal (formado por el borde lateral de la masa sacrolumbar y el inferior de la costilla duodécima), se dirige hacia abajo y fuera más próxima á la dirección horizontal que á la vertical. Seccionadas la fascia, músculos y aponeurosis y descubierto el borde del cuadrado y la atmósfera adiposa renal, se diseca el borde superior de la incisión hasta dejar denudada, pero cubierta por el periostio, la costilla última en una extensión de algunos centímetros. El ayudante rechaza con energía el movible órgano hacia la herida lumbar y con pinzas hemostásicas coge el operador la cubierta adiposa y eleva el riñón hacia el diafragma hasta alcanzar

su polo inferior, por debajo del cual se hace un enérgico taponamiento con gasa, que lo mantiene elevado para facilitar las maniobras operatorias y aliviar la compresión del ayudante. Ahora se comienza la decorticación adiposa del tercio inferior del riñón, empezando por la parte interna y haciendo uso de instrumentos romos y pinzas, terminando por extirpar la capa adiposa del tercio inferior renal hasta el borde externo del órgano.

Si en la excisión de dicha cápsula se abre el repliegue peritoneal, debe suturarse inmediatamente la abertura de la serosa. Puesta al descubierto la superficie renal posterior en su tercio inferior, única porción visible por debajo de la costilla, se practica en la cápsula fibrosa ó propia del riñón una incisión de convexidad inferior cuyo punto más bajo diste 1 ó 2 centímetros del polo renal; con la disección de esta cápsula fibrosa se obtiene un colgajo capsular de 2 á 3 centímetros de altura por 4 ó 5 de ancho, que, invertido hacia arriba, se aplica por su cara externa sobre la costilla duodécima. Se fija este colgajo al periostio costal por medio de cinco ó seis puntos de seda fina que han de quedar perdidos, suturando después el borde interno de la incisión capsular con un par de puntos de seda á la aponeurosis del cuadrado y el externo á los bordes musculares externos de la incisión.

De esta manera queda suspendido el órgano por el colgajo capsular suturado á la costilla última, pero con la movilidad suficiente alrededor de la base de dicho colgajo para poder seguir los movimientos normales de descenso inspiratorio y ascenso expiratorio que al riñón imprime el diafragma. La fijación de los bordes laterales y el apoyo en la herida suturada impiden que el órgano fijado bascule, descendiendo con exceso el polo renal superior. La zona de donde se ha desprendido el colgajo capsular queda decorticada y en disposición de adquirir adherencias sólidas con la cicatriz lumbar; la escasa extensión superficial decorticada impide, además, que se produzcan lesiones esclerosas, difusas, corticales. El colgajo capsular quedará englobado en la ulterior cicatriz, lo cual garantiza una fijación sólida y duradera.

La operación queda terminada suturando la herida parcialmente; la parte no suturada sirve para dar salida á la gasa del tapón subrenal, que debe permanecer *in situ* ocho ó diez días; por último, se aplica el apósito conveniente.

El tratamiento ulterior se reduce á quitar la gasa taponadora de los seis á los doce días, según los casos y el estado del paciente, y á

favorecer la reunión por segunda intención del hueco subrenal. El operado debe permanecer en el lecho durante tres á cuatro semanas.

La exploración de los casos que han sido operados siguiendo este procedimiento demuestra los favorables resultados del mismo. Las ventajas que reune sobre otros muy en boga son las siguientes:

1.ª El acto operatorio es de corta duración y de poca intensidad traumática, por lo cual dispone escasamente al shock operatorio. La operación puede practicarse en quince ó veinte minutos.

2.ª El riñón adquiere nuevamente su topografía normal, quedando aplicado al diafragma y bajo la influenccia de las alternativas de la presión, tan favorables á la circulación intrarrenal de la orina (el desarrollo de alteraciones hidronefrósicas después de nefropexias practicadas por otros procedimientos, demuestran que no basta fijar el riñón en sitio bajo, sino que es preciso reponerlo muy arriba). Queda además fuera de la acción del peso de las ropas y de la compresión del útero grávido.

3.ª La falta de suturas penetrantes renales evita los inconvenientes de las mismas, y las adherencias de la zona renal decorticada á la cicatriz lumbar y el englobamiento del colgajo capsular en la misma, garantizan la persistencia de la fijación; y

4.ª La fijación exclusiva del polo inferior aproxima la estática renal obtenida por nuestro procedimiento de nefropexia á la del órgano en condiciones normales.

Los casos operados según este procedimiento, que ha merecido el beneplácito del ilustre maestro D. Alejandro San Martín, en cuya clínica practiqué una de las intervenciones, han sido los siguientes:

Caso 1. *Riñón movible del lado derecho. Nefropexia.*— D. S., de Sigüenza, de veinticinco años, soltera, sin antecedentes hereditarios de interés. Ha padecido tifus exantemático hace un año; desde esa fecha tiene molestias en el abdomen, que consisten en tirantez y dolores en el flanco derecho; no ha tenido vómitos; las deposiciones son normales. La orina es de calidad y cantidad fisiológicas.

Por palpación se descubre una tumoración redondeada lisa, algo dolorosa á la presión, en el vacío derecho, perfectamente reponible y de consistencia renal.

Diagnóstico: nefroptosis de segundo grado del lado derecho.

Operación (6 de octubre de 1905): anestesia clorofórmica, decúbito lateral izquierdo, colocando una almohada cilíndrica en el vacío homónimo. Incisión oblícua á partir del ángulo costomuscular; se rechaza el cuadrado y el ayudante comprime el riñón hacia la he-

rida lumbar. Decapsulación adiposa del tercio inferior renal. Tallado del colgajo de la cápsula fibrosa; disección del mismo y aplicación á la costilla última; sutura del colgajo al periostio de la costilla mediante cinco puntos de seda, y sutura de los bordes de la incisión capsular al cuadrado lumbar y á los músculos parietales del abdomen; taponamiento subrenal. Sutura parcial de la herida.

Curso normal sin reacción febril. Se quita el tapón á los ocho días; granulación de la herida algo atónica. Alta un mes después de operada.

En enero de 1906, la paciente se halla sin molestias; una exploración detenida no permite palpar el polo inferior renal en ningún decúbito.

Caso II. *Nefróptosis bilateral. Doble nefropexia en una sesión.* — R. H., de cincuenta años, de Segovia, casada; ha tenido ocho embarazos normales. Hace dos años, al cargar un pesado fardo sintió un fuerte dolor en ambas regiones lumbares, que disminuyó con el reposo, pero se hizo persistente, sobre todo durante la marcha. Poco después notó dos tumoraciones en el abdomen, movibles y poco dolorosas.

Estado actual (2 de julio de 1905): paciente enjuta, con órganos torácicos normales; vientre caído y relajado; diástasis de los músculos rectos. Por palpación se descubren dos tumoraciones redondeadas, lisas, poco dolorosas, muy movibles, que descienden hasta cerca de las fosas ilíacas y son reponibles en las fosas lumbares. Tiene la paciente molestias lumbares durante la progresión. Ningún trastorno urinario.

Operación (11 de diciembre de 1905): narcosis clorofórmica. En decúbito prono con una almohada cilíndrica bajo el vientre, se practica la incisión lumbar en el lado derecho; se eleva el riñón atrayendo la grasa perirrenal y por compresión del ayudante, y después de denudar la costilla duodécima, se talla el colgajo de la cápsula fibrosa, que se fija al periostio costal y al ligamento lumbocostal; sutura de las incisiones laterales. Taponamiento subrenal. Sutura parcial de la herida. Con igual técnica se fija el riñón del lado izquierdo.

Curso normal sin fiebre; exudación serosa durante algunos días. Se quita el tapón subrenal al sexto día. Alta el día 25 de enero de 1906.

Explorada la enferma el 15 de mayo de 1906, no se consigue palpar los riñones en ningún decúbito, como comprobaron algunos se-

ñores Académicos de la Medico-Quirúrgica, en la sesión del día 28 de mayo de este año.

Caso III. *Nefroptosis de tercer grado del lado derecho. Nefropexia.* — G. V., que ocupa una de las camas de la Sala de distinguidas del Hospital general, de veintidós años de edad, ha tenido un embarazo; el día 21 de agosto de 1905 sufrió un aborto seguido de fiebre; á los diez días abandonó el lecho, descubriendo una tumoración redondeada y movible sobre la fosa ilíaca derecha. Desde entonces tiene molestias gástricas y dolorimiento en el vientre.

Estado actual: Paciente de delicada complexión y enjuta. Órganos torácicos normales. En el abdomen se descubre por palpación un tumor de forma renal, movible, no doloroso, reponible en la fosa lumbar y situado sobre la fosa ilíaca derecha. En posición de pié se aproxima á la pared anterior del abdomen. En decúbito horizontal se palpa el polo renal inferior izquierdo.

Operación (26 enero 1906): Cloroformo. La misma técnica que en los casos anteriores. Al extirpar la grasa perirrenal del polo inferior se abre el peritoneo, suturándole inmediatamente.

Curso normal: Se quita la gasa taponadora á los diez días. La porción de la herida que debe reunir por segunda intención, lo hace con gran lentitud y atonía, tardando cerca de dos meses en terminar el proceso reparador.

La exploración de la paciente cinco meses después de operada, demuestra que el riñón ha quedado sólidamente fijo á la pared lumbar, pero algo más bajo que en las nefropexias anteriores, pudiendo palparse gran parte del órgano en decúbito horizontal. El riñón izquierdo ha descendido ahora y se ha hecho movible.

Caso IV. *Nefroptosis del lado derecho. Nefropexia.* — Ocupaba una de las camas de la Clínica quirúrgica del Sr. San Martín, una paciente, en la cual me invitó dicho profesor á practicar mi procedimiento operatorio. Padecía una nefroptosis del lado derecho de tercer grado. Era una joven de veinticuatro años, natural de Madrid y casada. En 1904 padeció accesos de hiperclorhidria y ataques histéricos, que han desaparecido desde hace medio año; ha tenido leucorrea.

Estatus praesens: En febrero de este año fué reconocida en la consulta del Sr. San Martín, donde se apreció una tumoración flotante en el lado derecho que descendía hasta la fosa ilíaca, de consistencia renal, reponible, dolorosa á la presión y de volumen algo mayor que un riñón sano, por lo cual se sospechó la existencia de retención

urinaria periódica ó hidronefrosis intermitente. Se relacionaron las crisis dolorosas gástricas con cólicos de retención hidronefrósica y se afirmó la existencia de una endometritis y anexitis, probablemente gonocócicas, proponiéndole la fijación cruenta del riñón. Practiqué la nefropexia por el procedimiento ya descrito el día 2 de marzo, con los detalles técnicos citados.

La curación de la herida operatoria fué normal, aunque algo lenta, habiendo desaparecido las molestias gástricas y los dolores abdominales. Fué dada de alta el día 25 de marzo.

Recientemente (1.° de septiembre), he explorado á la enferma, no siéndome posible palpar el polo inferior del riñón en ningún decúbito.

Caso V. *Nefroptosis del lado derecho. Nefropexia.* — Consuelo L., de treinta y un años, de Sevilla. Casada y nulípara. Ha padecido molestias gástricas, relacionadas, quizá, con un proceso litiásico biliar (cólico hepático seguido de ictericia que sufrió hace algunos años).

Estatus praesens: Explorando el abdomen se descubre un riñón flotante, de consistencia y volumen normales, reponible en la fosa renal derecha. La paciente es anémica, padece leucorrea, reglas abundantes y de ocho días de duración (endometritis) y trastornos digestivos.

Operación (3 de julio de 1906): En anestesia clorofórmica se practicó la nefropexia según nuestro procedimiento, sin otra particularidad que el riñón, de volumen pequeño, pero de aspecto normal, se escondía debajo de las costillas últimas al suspenderle por el colgajo capsular; tres puntos de sutura al periostio costal y dos laterales á la aponeurosis del transverso bastaron para fijarle.

El curso post-operatorio fué normal. Se quitó la gasa subrenal taponadora á los diez días, y al mes fué dada de alta la paciente, habiendo desaparecido las molestias que sufría y quedando sólidamente fijo el rinón.

Epicrisis: Las historias clínicas expuestas confirman las reflexiones teóricas anteriores. Demuestran, además, la inocuidad del procedimiento operatorio, sus ventajas sobre los que fijan el riñón por debajo del arco costal y sin su beneficiosa protección, y que el órgano alcanza en su topografía normal readquirida una fijación sólida y duradera. El descenso ó inclinación hacia adelante del polo superior no se ha observado en ninguno de los casos operados.

EL MASAJE Y LA GIMNASIA MÉDICA

EN EL TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS ESPINAL INFANTIL Ó PARÁLISIS ATRÓFICA DE LA INFANCIA

(POLIOMIELITIS ANTERIOR AGUDA)

POR EL

DOCTOR E. TRIPELS-DENTZKOF

Una de las enfermedades más frecuentes y de mayor importancia desde el punto de vista médico-social es la parálisis espinal infantil, cuyo nombre suele emplearse para designar los vestigios del proceso patológico que encabeza estos mal escritos renglones.

Afirmamos la importancia aludida por la sencilla razón de que depende de un tratamiento adecuado y oportuno ó de su falta para que dichos fenómenos persistan ó no durante toda la vida del enfermito y le coloquen en un estado de inferioridad social, cuando no hagan de él un ser inútil ó poco menos.

A título de recuerdo y sin querer hacer alarde de erudición alguna, empezaremos por decir que la *Poliomielitis anterior aguda* se produce en los niños de corta edad (rara vez en adultos), y que se presenta como enfermedad infecciosa aguda, bajo la forma de una inflamación perivascular de la substancia gris de los cuernos anteriores de la médula.

Luego pasaremos á su evolución: al principio fiebre, vómitos y delirios. Un estado grave comatoso que puede durar algunos días, después la mejoría se inicia; entonces se comprueba la existencia de una parálisis flácida de los brazos, piernas (rara vez del facial), de la vejiga, con abolición de los reflejos, sin dolores ni trastornos de la sensibilidad.

Después de algún tiempo, variable según los casos, desaparecen cierto número, también variable, de fenómenos paréticos; mientras otros persisten de un modo definitivo (más á menudo en un sólo lado), si la intervención mecanoterápica no se dispone con oportunidad.

Estos fenómenos constituyen la expresión de una atrofia cicatrizal del cuerno anterior correspondiente. La acción de los antagonistas produce contracturas en los miembros afectados y éstos sufren un retraso ó una supresión de desarrollo.

Las formas más frecuentes de estas parálisis son: la parálisis de los extensores peróneos (pié de piña varus equino), la del tipo braquial superior (deltoides, biceps, braquial posterior, supinador largo), las parálisis del tipo antibraquial (triceps, extensores de la mano).

Es importante establecer el diagnóstico diferencial con la pseudoparálisis de Paget, debida á una sífilis ósea, pues en ésta se halla contraindicado en absoluto el masaje.

Estas parálisis revisten un aspecto inolvidable, con carácter marcadísimo, son flácidas, sin contractura ni exageración de los reflejos que, al contrario, suelen estar disminuídos. Finalmente, la sensibilidad se conserva íntegra siempre.

El tratamiento clásico es de reposo al principio, baños, aplicación de sanguijuelas en la espalda, revulsión intestinal, diaforesis. Más tarde se emplea la gimnasia, y tan tarde, que ya no produce los resultados apetecidos; finalmente, los medios ortopédicos.

El procedimiento quirúrgico, que consiste en empalmar el tendón del músculo paralizado con un músculo próximo conservado, desempeña un papel importante.

Las tenotomías han proporcionado resultados favorables.

Pues bien, podemos ser llamados á tratar estos enfermitos en los tres períodos (agudo, parálisis, atrofia). En el *período febril* es inútil intervenir; además, no estando localizadas las lesiones es imposible precisar nuestras maniobras; otras veces somos llamados (como sucede casi siempre) en el período atrófico, *es decir, demasiado tarde;* pero si nuestra acción terapéutica se hace manifiesta, sobre todo en el período paralítico, puede, sin embargo, ser todavía útil, aun cuando la degeneración haya empezado su obra destructora.

Durante el *período paralítico*, los cuernos medulares anteriores, destruídos en parte, se reparan ó se reconstituyen en los bordes de los focos interesados; y á esa lesión medular corresponde la parálisis localizada en ciertos músculos ó grupos musculares y la reparación de algunos otros.

Amasamos los músculos paralizados, mantenemos la vitalidad de cuerpos musculares que pueden recuperar su función, y por los ejercicios pasivos se favorece la reparación de los centros motores y tróficos.

Durante la sesión haremos el masaje en los músculos paralizados y movilizaremos las articulaciones correspondientes, y si los mús-

culos poseen todavía algún movimiento, los ejercitaremos pasiva y activamente. Se da á menudo el caso de descubrir músculos conservados en los límites de regiones paralizadas cuando se fija el masajista, y se comprueba de cuando en cuando la reaparición de movimientos perdidos. Como se trata de músculos débiles, hay que graduar los movimientos en relación con sus fuerzas.

En el *período atrófico*, nuestra acción es muy distinta. Las lesiones están ya constituídas y nuestro triste papel se reduce á obrar sobre órganos respetados por la enfermedad y á moderar las impotencias del miembro degenerado; y así se desacredita injustamente un método terapéutico tan eficaz en esta enfermedad, por no aplicarlo á tiempo debido.

Por eso, aunque nuestra insistencia sobre este punto parezca pesada, no nos cansaremos en repetir que el masaje debe intervenir *cuando no hay todavía degeneración muscular;* aunque falte la influencia nerviosa ó sea insuficiente, el masaje y gimnasia pasiva pueden salvar algunos músculos, y si la influencia nerviosa se restablece más tarde, el músculo no está degenerado. El músculo no debe ser abandonado más que cuando la degeneración grasosa es evidente, pues hemos tratado casos en que se ha conseguido recuperar la movilidad después de dos ó tres meses de tratamiento.

Desgraciadamente, si nuestra intervención es tardía, cuando la influencia nerviosa reaparece y se ejerce sobre un músculo degenerado, el nervio degenera por consecuencia y sin esperanza alguna de curación.

Hecha esa advertencia, pasemos á explicar el tratamiento masoterápico y kinesiterápico.

En el pié varus equino, tan común, practicamos sucesivamente: el roce, las fricciones y presiones en el trayecto de los músculos extensor propio del dedo gordo y el largo común de los dedos, el peroneo y el tibial anterior; no tocamos para nada los músculos que acentúan la lesión, como son: los flexores, el triceps crural, el tibial posterior, etc.; después de tres ó cuatro días del masaje indicado, añadimos al final de cada sesión percusiones vibratorias en los músculos manipulados. Finalmente, á los siete ú ocho días del masaje diario, empezamos la movilización pasiva.

Esta consiste en colocar el pié en una posición opuesta á la que la lesión le obliga á tener, se emplea el enderezamiento para obtener la corrección del varus y la volución del pié; para verificarlo, se coge con una mano el retropié y la tibiotarsiana, y con la otra el

antepié, y se apoyan los dos pulgares en la parte saliente del astrágalo; al principio se trata el varus y después se combate el equinismo, ejecutando maniobras pasivas de flexión y obligando al pié á guardar algún tiempo la misma posición que le imprime las dos manos colocadas, una en la cara plantar y la otra sujetando la parte inferior de la pierna. Esa movilización debe hacerse gradualmente y con cuidado, á fin de evitar los reflejos de contractura.

El tratamiento es largo pero eficaz.

En las parálisis del tipo braquial superior, practicaremos las mismas manipulaciones de masaje en los músculos interesados y cuya enumeración hicimos de los que suelen serlo en la mayoría de los casos.

El orden de las sesiones es igual al caso precedente. Si el deltóides está particularmente interesado, la movilización después de cada masaje consistirá en los siguientes movimientos pasivos: abducción del brazo hasta la posición horizontal, elevarlo en adelante y arriba, ponerlo en rotación interna y externa; si es el biceps, consistirá en flexión del antebrazo y supinación de la mano; si el braquial posterior, la extensión del antebrazo y aproximación del brazo al cuerpo; para el supinador largo, flexión del antebrazo.

En las parálisis del tipo antibraquial, aplicamos el masaje al triceps y á los extensores de la mano, haciendo después movimientos pasivos de extensión del antebrazo, de la mano, de la primera falange de los dedos, extensión del pulgar y abducción del mismo, y por separado extensión del dedo meñique.

Naturalmente no queremos dar á entender que la enfermedad afecte exclusiva é invariablemente los grupos musculares citados, pero consignamos el tratamiento de éstos por ser los más frecuentemente interesados.

El procedimiento no es nuestro, sino del profesor Berger, de quien lo hemos aprendido y que hemos ampliado.

Cuando la monoplegia braquial ha llegado al período de garra cúbitomediana, nuestra intervención es inútil.

Hemos logrado siempre buenos resultados empleando el masaje y la gimnasia médica, en el período paralítico de la enfermedad; el tratamiento es menos eficaz si lo aplicamos estando ya iniciada la atrofia, y no da resultado apreciable cuando está constituída dicha degeneración. Finalmente, la intervención quirúrgica no constituye una contraindicación.

Fácil nos sería transcribir aquí una elocuente estadística de los

casos numerosos que hemos tratado en nuestra práctica diaria, puesto que la podríamos sacar de nuestros servicios prestados en el Hospital de la Princesa y en el Real del Buen Suceso, pero nos abstenemos de hacerlo, entendiendo que son los hechos los que convencen y no las palabras.

Así, pues, los compañeros que quieran comprobar nuestro aserto, pueden mandarnos enfermos á los establecimientos aludidos, y así se convencerán mejor.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DR. D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

TRATADO DE MEDICINA CLÍNICA Y TERAPÉUTICA, publicado bajo la dirección de W. Ebstein y traducido directamente por el Dr. D. José Góngora y Tuñón. Seis tomos en 4.° de 933 á 1.271 páginas cada uno.

De una nueva obra enciclopédica de Medicina interna vamos á dar cuenta á nuestros lectores, aunque ya es conocida seguramente, de nombre al menos, por todos ellos, por la circunstancia de haberse publicado por entregas, y por lo tanto, de venir figurando hace algún tiempo entre las obras en publicación.

De los seis tomos que componen la enciclopedia, en el primero, que trata de las enfermedades de los aparatos respiratorio y circulatorio, uno de los capítulos más interesantes es el dedicado á generalidades acerca de las enfermedades de la laringe. En el estudio, indudablemente muy completo, de las enfermedades del corazón, se echa de ver la repetición insistente de determinadas nociones, repetición exigida, quizá por la especial distribución de materias que ha adoptado el autor del capítulo. No conozco la nueva edición alemana que ya se está publicando, pero sé de ella que es más corta que su precedente, y no me extraña, pues tanto en este tomo como en algunos de los siguientes, cabe muy bien alguna reducción, sin que por ello se menoscabe el valor de la obra.

En el tomo segundo, dedicado á las enfermedades de los vasos, de la sangre, de los órganos hematopoyéticos y del tubo digestivo, uno de los capítulos mejor escritos, y sobre todo, con criterio más prác-

tico, es precisamente el último ó sea el que trata de los trastornos digestivos de los niños de pecho.

Comprende el tomo tercero las enfermedades del hígado y anejos, las de los órganos urinarios y las del aparato sexual masculino. En este tomo, como en toda la obra, se concede la importancia debida al tratamiento quirúrgico de las distintas enfermedades internas que pueden exigirlo en momentos dados. Mas aún; hay capítulos que podían figurar perfectamente en un tratado de Cirugía, sin que esto quiera significar que sobren, ni mucho menos, en el tratado dirigido por el Dr. Ebstein. Van siendo tantos los asuntos que los alemanes han dado en llamar limítrofes entre la Medicina y la Cirugía, que es cada vez más inevitable semejante invasión recíproca.

El extenso é interesante tratado de las enfermedades del sistema nervioso, comprendiendo también las mentales, es el objeto del tomo cuarto. A la altura de todos los demás por la riqueza de su doctrina y por el carácter práctico que domina en toda la obra, confieso, sin embargo, que no es el que me ha dejado más satisfecho. Es posible que esta impresión mía sea resultado más bien que de la lectura del texto de la escasez de figuras que le ilustran, escasez que si se deja sentir un poco en toda la publicación, se nota mucho más en este tomo de la misma, en algunos de cuyos capítulos se comprenderían mucho mejor ciertas descripciones con la adición de figuras, siquiera fuesen esquemáticas.

La compenetración con la Cirugía y con las especialidades vuelve á hacerse muy manifiesta en el tomo quinto, y repito que no es de lamentar, v. gr., que entre las enfermedades del aparato locomotor se encuentran incluídas las quirúrgicas de huesos y articulaciones, cuyo primer período son más veces los médicos que los cirujanos quienes tienen que tratarlo. Respecto á las dermatosis sucede algo análogo: por su frecuencia muchas de ellas y por su relación con padecimientos de carácter médico otras, tampoco se puede decir que sean extrañas á la Medicina interna, por más que en nuestra nación no se estudian con esta asignatura, cuando se estudian en las aulas. Respecto á las afecciones venéreas, la sífilis especialmente, está tan ligada su evolución con el desarrollo de un sinnúmero de afecciones internas, que tampoco huelga su inclusión en la obra que es objeto de este artículo.

Las enfermedades infecciosas, las zoonosis, las enfermedades constitucionales, las intoxicaciones y un estudio sobre el ojo y el oído en sus relaciones con la Medicina interna, constituyen las ma-

terias tratadas en el tomo sexto y último. Dicho sea de paso, no me ha dejado de sorprender en el capítulo magistral que el Dr. Ebstein ha escrito sobre la gota la afirmación que hace dicho autor de que el reumatismo articular agudo no ataca por primera vez á un sujeto que haya pasado de los cuarenta y cinco años. En suma, la enciclopedia de Medicina interna dirigida por el Dr. Ebstein, es una obra llamada á figurar en toda biblioteca médica regularmente surtida, pues tiene méritos suficientes para ello por la competencia y extensión con que están escritos los distintos capítulos que la componen. A mayor abundamiento, la traducción española está hecha con el esmero que caracteriza á todas las del Dr. Góngora, quien además de esto ha enriquecido el último tomo con dos capítulos, uno relativo al mal del sueño y otro más interesante aún para nosotros, sobre la fiebre de Malta, trabajos ambos que no han venido más que á confirmar la bien sentada reputación del Dr. Góngora de clínico distinguido y de profundo conocedor de la literatura médica contemporánea.

Por último, merece también elogios la parte editorial, y en particular la prolijidad, y cuidado con que están hechos los índices alfabéticos de los distintos tomos de la obra.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Dos casos clínicos.—El Dr. Cortés publica en la *Revista Médica de Sevilla* los dos curiosos casos clínicos siguientes:

«I. El primer caso clínico que voy á referir revela por su naturaleza la necesidad que tiene el médico de establecer en ocasiones el diagnóstico prontamente, sin cuyo requisito peligra la vida de un enfermo.

Se refiere el presente caso á una mujer de treinta y ocho años de edad, de buena constitución, multípara, de tres días de parida, parto fisiológico y embarazo normal.

Repentinamente y sin prodromos de ninguna clase experimentó un violento escalofrío, seguido de una elevación de temperatura que llegó en pocas horas á 40°.

Simultáneamente se suprimieron los loquios, apareció cefalalgia frontal intensa, quebrantamiento general, mareos, zumbidos de oídos, lengua an-

cha, gruesa, saburrosa, algo de fetidez del aliento, sed intensa, vómitos biliosos repetidos, diarrea, timpanismo exagerado, orina escasa y sedimentosa, pulso frecuente, desigual é irregular y un dolor generalizado por el abdomen y localizado por su intensidad en la región ovárica.

Inmediatamente fué avisado el médico, y á mi entender con muy buen juicio, tras un reconocimiento detenido, como se impone en estos casos, diagnosticó septicemia aguda y estableció un pronóstico fatal.

Recetó los calomelanos á dosis pequeñas y repetidas, irrigaciones vaginales é intestinales y pomada de belladona con mercurio, principalmente al sitio del dolor.

La visita practicada por el médico al día siguiente le llenó de sorpresa, pues se encontró con que todos los síntomas que presentaba la enferma el día anterior habían desaparecido, hallándose la paciente en estado satisfactorio.

¿Qué diagnóstico se imponía en esta segunda visita? ¿Seguiríamos creyendo que la enferma padecía de septicemia aguda?

En estas circunstancias, el diagnóstico establecido en un comienzo era inadmisible. El tratamiento consecutivo vino á demostrar sin género de dudas que se trataba de una forma de paludismo pernicioso, administrándosele á la enferma 3 gramos de sales de quinina, gramo y medio en inyección hipodérmica y otra dosis igual en ingestión por la boca.

A la misma hora del primer día apareció un nuevo acceso al día siguiente, pero notablemente atenuado; el mismo tratamiento del día anterior y un tercer acceso levísimo.

Al cuarto día de tratamiento desapareció todo el cuadro sintomático del acceso palúdico, encontrándose la enferma completamente buena, si bien para evitar la recidiva ha estado sometida la enferma á tomar durante ocho días un gramo de quinina diariamente.

II. Hay entre el sistema nervioso y el tubo digestivo, sobre todo el estómago, una solidaridad morbosa indiscutible.

La clínica confirma diariamente los trastornos violentos por parte del aparato digestivo que se presentan como complicaciones y síndromes en ciertas afecciones nerviosas, como igualmente pone de manifiesto que ciertos estados neuropáticos aparecen á consecuencia de dispepsias morbosas más ó menos prolongadas.

Mi enfermo es la representación personificada del neuro-artritismo, y así como heredó los apellidos paterno y materno, recibió de sus padres la herencia morbosa neuropática como otros tantos estigmas de degeneración.

Su salud en apariencia es excelente; cuenta treinta y seis años de edad, constitución mediana, imaginación viva, decidido y activo en la acción y trabajador en demasía.

Hace próximamente año y medio empezó á notar por las mañanas al levantarse mal gusto de boca, ligero estado nauseoso, que desaparecía durante el día, y al que no concedió importancia alguna. Su apetito era bueno, la digestión fácil y sus evacuaciones regulares.

Cinco meses después se acentuaron estos síntomas y experimentó con relativa frecuencia vértigos, mareos y zumbidos de oídos, seguidos más tarde de un violento acceso de jaqueca localizado en la región supra-orbi-

taria y temporal, con diplopia, lagrimeo, náusea, á veces vómitos, regurgitaciones, acideces, tos seca, palpitaciones, frecuencia de pulso, hormigueos en las manos y amnesia como síntoma transitivo, con una hiperestesia tal que el paciente tenía necesidad de sustraerse á la acción de la luz.

Desde la aparición del primer acceso, guardaron tal regularidad los accesos siguientes, que se repetían cada dos semanas, siendo su duración de trece horas.

Simplificando la etiología del padecimiento de este enfermo, se puede asegurar que el estado neuropático especial del sujeto por una parte, y el trabajo intelectual excesivo después de las comidas por otra, habían engendrado á la larga un estado dispépsico nervioso, responsable de fermentaciones anormales, las que obrando una vez absorbidas como agentes tóxicos del sistema nervioso, ó debido quizás á reflejos que tenían su punto de partida en la cavidad gástrica, eran sin género de dudas la causa esencial de los accesos de jaquecas que padecía nuestro enfermo. Merced á un tratamiento seguido con alguna constancia he logrado la curación.

Consistió en un régimen de leche, carnes asadas y huevos, supresión de las grasas y bebidas alcohólicas, poco té y café, vida activa y reposo suficiente.

Por la mañana al levantarse una taza á partes iguales de infusión de manzanilla y anís.

Media hora antes de las comidas 6 gotas de la siguiente fórmula:

Gotas amargas de Beaumé	30 gotas.
Tintura alcohólica de quina	2 gramos.
Tintura nuez de kola	3 —

Mézclese.

Una hora después de las comidas el siguiente papel en un poco de agua:

Carbonato de magnesia y bicarbonato de sosa	50 centígramos.
Cartón Belloc	40 —
Azúcar de leche	1 gramo.

En el momento del acceso extiéndase durante cinco minutos en la región frontal y temporal la siguiente pomada:

Hidrato de cloral	80 centígramos.
Mentol	40 —
Clorhidrato cocaína	20 —
Lanolina	15 gramos.

Mézclese.

En caso de intenso dolor tómese al interior la fórmula siguiente:

Bromuro sódico	6 gramos.
Bicarbonato de sosa	4 —
Analgemia	2 —
Infusión de valeriana	130 —
Jarabe de azahar	30 —

Mézclese».

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ASOCIACIÓN FRANCESA PARA EL PROGRESO DE LAS CIENCIAS

XXXV sesión anual celebrada en Lion del 2 al 9 de Agosto de 1906.

(Continuación).

La terapéutica específica de la tuberculosis. — El Dr. Maragliano: La terapéutica específica de la tuberculosis tiene hoy bases científicas fuertes. La existencia de materiales específicos antituberculosos está perfectamente demostrada. Estas substancias antituberculosas se obtienen introduciendo en el medio orgánico de los animales sanos materias tuberculosas. Las he obtenido primero por la inyección de todos los venenos tuberculosos, es decir, los que existen en el protoplasma bacilar y los que, segregados por los bacilos, se encuentran en el medio en que viven. Las he obtenido también inyectando los cadáveres de bacilos desecados, y además con la pulpa bacilar y el jugo amicrobiano, que puede obtenerse por mi método, de los bacilos vivos. El jugo bacilar es tóxico para los animales á quienes se inyecta, y produce en ellos substancias antituberculosas. Es posible también, inyectando bacilos vivos, producir substancias antituberculosas, pero creo que no se emplearán en el hombre con un fin terapéutico, ni para la inmunización de los animales, porque jamás se conseguirá introducir en el medio orgánico humano substancias procedentes de un animal inyectado con bacilos vivos.

Las substancias específicas antituberculosas son el producto de la lucha del organismo contra los venenos del bacilo de Koch, como ocurre en la defensa del organismo contra las otras bacterias patógenas. Se las encuentra en los humores orgánicos, y sobre todo en el suero sanguíneo; pero no son un producto humoral: proceden de los elementos celulares y pasan de éstos á los líquidos orgánicos. Las investigaciones de mi discípulo Figari prueban que estas substancias están contenidas principalmente en los leucocitos. Existen también en otros elementos de los tejidos. Hemos demostrado que se encuentran en las fibras musculares, en los huevos de gallinas sometidas al tratamiento y que se forman en los tejidos en que se inyectan materias bacilares. Hemos inyectado los cadáveres de bacilos muy virulentos debajo de la piel de las vacas, produciendo un foco inflamatorio. En el contenido de este foco, substancia caseosa abundantísima en leucocitos, se encuentran también en abundancia materias antituberculosas, antitoxinas, aglutininas, bacteriolisinas. Su extracto da muy buenos resultados como medio terapéutico é inmunizador.

Manipulad como queráis una bacteria; la producción por el organismo de las materias defensivas específicas es debida siempre á la acción ofen-

siva de los venenos bactéricos. Son siempre las mismas, y deben serlo, sea cual fuere el procedimiento que origine su producción. Puede admitirse que una técnica perfeccionada séa capaz de producirlas en estado más puro y de mayor actividad; puede explicarse é interpretarse de distinta manera el mecanismo de su producción; puede designárselas con nombres nuevos; pero no es posible hablar hoy de un nuevo descubrimiento de materias antituberculosas específicas, porque éstas son conocidas desde hace bastantes años.

Para comprender bien los términos del problema terapéutico de la tuberculosis, es preciso conocer las etapas de la infección en el organismo afectado por esta enfermedad. La primera etapa de la infección se verifica en el tejido donde el bacilo ha penetrado. Los elementos del tejido constituyen la primera barrera que se opone á la invasión del bacilo.

En esta primera etapa, si las energías defensivas son suficientes, el bacilo es destruído y el organismo no tiene conocimiento de la invasión. Pero si no son bastante activas para destruir el bacilo, éste se multiplica y se forma un foco tuberculoso. Ocurre muchas veces que los tejidos que le rodean luchan con ventaja, y en este caso el foco queda aislado, circunscrito, inofensivo, y puede permanecer así toda la vida sin revelar su presencia. Mas, por desgracia, la mayor parte de las veces los tejidos inmediatos se debilitan, pierden sus condiciones de resistencia, y entonces la invasión se propaga, los bacilos se multiplican y el foco se hace más extenso. En un punto más lejano los tejidos pueden oponer una barrera final, y si es salvada, en este caso el organismo apela á todas sus fuerzas de resistencia para empeñar el combate final. Es necesario luchar entonces contra dos peligros: la difusión de los venenos tuberculosos y su acción sobre los tejidos del organismo; la toxemia tuberculosa, en una palabra. Después es la invasión de los tejidos lejanos por los bacilos, es decir, la infección bacilar generalizada.

Contra estos dos enemigos luchan todos los elementos del organismo, los cuales, con auxilio de medios extraordinarios de defensa, neutralizan los venenos, resisten á los bacilos, los hacen inactivos, los matan. Mientras quedan victoriosos en la lucha podemos tener focos tuberculosos localizados en un punto cualquiera de los tejidos, siendo en general buena la nutrición; hasta puede haber obesidad. Se observan con frecuencia sujetos con focos broncopulmonares muy extensos, y que no tienen ni fiebre ni enflaquecimiento y se encuentran bien.

Tenemos, por lo tanto, tres murallas de defensa: la primera está representada por el tejido, en el que han penetrado los bacilos; la segunda por los tejidos inmediatos; la tercera por todo el organismo; cuando cede esta última muralla, principia la ruína.

Los organismos que luchan victoriosamente contienen substancias antituberculosas: antitoxinas, aglutininas, bacteriolisinas. Los individuos cuyos esputos contienen bacilos, aunque se encuentran en condiciones generales excelentes, poseen hasta 300 unidades antitóxicas por cent. cúb. de suero sanguíneo, con un grado aglutinante de 1 á 200. Este mismo suero está dotado de propiedades bacteriolíticas sobre los bacilos, é impide, hasta cierto punto, el desarrollo de los cultivos.

En los animales infectados con pequeñas cantidades de bacilos, y cuyo estado general, á pesar de la infección, es bueno, existen dichas substancias antituberculosas, que son las armas con que la naturaleza lucha contra la infección tuberculosa. Estas substancias son análogas á las que producimos en los animales sanos, y que, con un fin terapéutico, introducimos en el organismo del animal enfermo. Cuando el organismo es incapaz de preparar estas substancias en cantidad suficiente, introducimos artificialmente en él otras preparadas ya en el organismo de un animal sano, y excitan en el medio orgánico, donde son introducidas, una producción extraordinaria de nuevas substancias defensivas. Si se inyecta á los animales y al hombre una cantidad exacta de unidades antitóxicas tuberculosas, se observa á los pocos días que se han multiplicado. Lo mismo acontece con las aglutininas y bacteriolisinas. No se trata, por lo tanto, de un simple fenómeno de contacto entre las substancias introducidas y los agentes morbosos.

Las substancias antituberculosas pueden ser introducidas en el organismo por diferentes vías: por inyección subcutánea ó directa en los focos morbosos, por el estómago y hasta por el intestino. La vía de introducción que da mejores resultados con menos cantidad de substancias antituberculosas es la subcutánea; pueden obtenerse los mismos resultados administrando por las vías digestivas mayores cantidades.

Como producto prefiero la *bacteriolisina*, que se prepara del modo siguiente: Se filtran los bacilos de un foco muy virulento, se les tritura en un mortero añadiendo pequeñas cantidades de una disolución alcalina, después de lo cual se filtra el líquido y se repite la misma operación sobre el resíduo que queda en el filtro. Cuando no queda resíduo, se reunen todos los líquidos de filtración y se pasan por el aparato de Chamberland. El líquido filtrado es amicrobiano y lo aglutina el suero de los animales inmunizados. A este líquido, que es un verdadero jugo bacilar, se añade otro, también amicrobiano, que contiene las toxinas bacilares. Este último líquido es una disolución de cloruro de sodio en la que han vivido durante quince días bacilos virulentos y viejos, procedentes de los líquidos originarios de cultivo. Se lavan los bacilos y se les coloca en la disolución clorurada, en la que viven y depositan sus secreciones. Resultan toxinas disueltas en un medio líquido que no contiene peptonas. Los dos líquidos se mezclan y concentran en frío hasta reducirles á la mitad. Esta mezcla es la que se emplea en los animales para obtener la bacteriolisina.

Los medios antituberculosos de que disponemos ¿son capaces de contener la marcha de la tuberculosis en los animales ó en el hombre infectados y de curarles? Desde el punto de vista científico absoluto la respuesta es afirmativa, puesto que podemos introducir en el medio orgánico bacteriolisinas y antitoxinas. Pero esta cuestión entraña un problema cuya resolución no es tan sencilla. En todo estado morboso el éxito de los esfuerzos terapéuticos depende de dos clases de factores: la energía de los medios curativos y el concurso favorable del organismo. Uno sólo de estos dos factores no basta para curar una enfermedad y menos la tuberculosis; son necesarios los dos. Uno, el medio curativo antituberculoso, es constante, pero el otro no lo es.

El problema, como véis, se hace más complejo; del laboratorio pasa á la clínica y los clínicos son los únicos capaces de resolverle.

He estudiado el valor de estas substancias antituberculosas en la tuberculosis experimental. En el conejillo de Indias y en el conejo, si se principia el tratamiento pocos días después de la infección (diez á quince), es posible obtener la curación, y en cambio la misma cantidad de bacilos mata á los animales no tratados. Si se principia el tratamiento más tarde, las probabilidades de salvación disminuyen cada vez más hasta hacerse nulas. Infectando la pleura de un conejillo de Indias con un cultivo de tuberculosis humana muy virulento, se desarrolla una pleuresía tuberculosa exudativa seguida de generalización de la tuberculosis; en cambio, si en cuanto la pleuresía se desarrolla se inyecta en la cavidad pleurítica la bacteriolisina, el animal cura, mientras que los testigos mueren.

Merecen mención especial los experimentos practicados para tratar las tuberculosis locales: Marzagalli, mi jefe de laboratorio, ha inoculado la tuberculosis en la ingle de los conejillos de Indias, tratándoles después cuando la infección estaba más ó menos avanzada. Con los tratamientos precoces ha obtenido resultados altamente satisfactorios: después, cuando la tuberculosis se hallaba en vías de evolución, obtuvo mejorías, pero no consiguió curar ningún animal. Mi ayudante Ghédini ha obtenido resultados análogos con las inyecciones locales de bacteriolisina en la tuberculosis auricular producida experimentalmente.

Poseo, por lo tanto, datos importantes respecto á los animales, pero no me entusiasman; me atengo mejor á los resultados obtenidos en los enfermos. Principiaré por las tuberculosis locales, en las que el problema terapéutico es más sencillo.

He tratado con las inyecciones de bacteriolisina, en los focos morbosos, una serie de enfermos de tuberculosis ósea y articular y de linfadenitis tuberculosa. Los resultados fueron notables. En la tuberculosis de la serosa (peritoneo y pleura) el problema es más complicado, aunque se trata también de tuberculosis pura. El factor orgánico presta en tales casos un concurso limitadísimo; á pesar de esto, el tratamiento específico da buenos resultados. La inyección directa de la bacteriolisina en las cavidades peritoneal y pleurítica produce de ordinario resultados altamente satisfactorios; á los pocos días se ve disminuir paulatinamente la fiebre, desaparecer las exudaciones, recobrar fuerzas el enfermo y curar las más de las veces.

En la tuberculosis del pulmón el problema es mucho más complicado, porque se trata de una tuberculosis abierta. Indicaré lo que he observado durante cuatro años en los enfermos de tuberculosis pulmonar. Al principio empleé mi antitoxina. Hoy uso la bacteriolisina, que contiene mayor cantidad de anticuerpos y que es más activa. La he ensayado en todas las enfermedades pulmonares de origen tuberculoso. He visto que es posible obtener curaciones completas y durables en tuberculosis del pulmón en las que están intactas las que he llamado segunda y tercera muralla de defensa, es decir, en los casos en que el tejido pulmonar impide al foco morboso extenderse y el organismo no ha entrado aún en el ciclo morboso; finalmente, en aquellos en que la enfermedad se halla perfectamente localizada y no hay fenómenos de toxemia. Los éxitos de que hablo son y deben estar naturalmente caracterizados por la *restitutio ad integrum*, es decir, la desaparición durable de todos los fenómenos morbosos generales y locales; conviene

no dar importancia á la macicez debida á los focos de esclerosis y que no van acompañados de estertores ni de otros fenómenos activos. Los escépticos consideran estas curaciones como espontáneas, no debidas al tratamiento empleado. La objeción, desde el punto de vista teórico, es fundada, pero por desgracia la curación espontánea no es la regla.

Veamos ahora lo que ocurre en los organismos en los que ha sido destruída la segunda muralla, en los que el proceso infeccioso invade paso á paso el pulmón, y en los que, combatidos en la tercera muralla, presentan fenómenos de infección y de intoxicación. En estos enfermos es posible obtener algunos beneficios proporcionados, no á la extensión de los fenómenos locales, sino al grado de resistencia personal. El resultado depende de la actividad que despliega el organismo bajo la influencia de los medios específicos. Hay enfermos en los que es posible contener por completo, ó en parte, los fenómenos morbosos dependientes de la infección é intoxicación tuberculosa. Los fenómenos de toxemia son los que mejor se combaten. Si la fiebre es debida á la intoxicación tuberculosa, desaparece, pero poco á poco, por décimas de grado. Los sudores, los fenómenos distróficos desaparecen también, pero en cambio los fenómenos morbosos pulmonares son más rebeldes. Los focos recientes son más sensibles al tratamiento que los antiguos. Muchas veces persisten los síntomas de los focos aunque el estado general es excelente. Esta persistencia suele ser debida á otros microbios que mantienen la actividad de los focos bronconeumónicos, en los que se encuentran diplococos, estreptococos y estafilococos. Hay también bacilos de Koch que les han preparado el terreno.

Ultimamente he principiado á introducir la bacteriolisina en los focos morbosos del pulmón. La inyección se hace directamente, á través de las paredes torácicas, en el punto del tejido pulmonar donde el examen físico, y mejor aún radioscópico, demuestra la existencia del foco. La maniobra es inofensiva y los resultados sorprendentes. He aplicado este método en casos en los que la bacteriolisina, inyectada debajo de la piel ó administrada por las vías digestivas, no produjo grandes resultados sobre los focos pulmonares, á pesar de su acción benéfica sobre los fenómenos toxémicos y distróficos.

Sea cual fuese la vía que se elija para introducir la bacteriolisina en el organismo, puedo asegurar que es inofensiva en absoluto. Jamás ha producido consecuencias funestas.

He aquí mi estadística :

De 1895 á 1900 : 641 casos.

Lesiones destructoras con cavernas : 98. — Curados, 41 ; mejorados, 11 ; estacionarios, 24 ; muertos, 17.

Idem íd. sin cavernas : 83.—Curados, 9 ; mejorados, 46 ; estacionarios, 21 ; muertos, 7.

Idem difusas con fiebre : 104. — Curados, 7 ; mejorados, 55 ; estacionarios, 32 ; muertos, 10.

Idem íd. sin fiebre : 86. — Curados, 4 ; mejorados, 60 ; estacionarios, 22 ; muertos, 0.

Idem circunscriptas con fiebre : 108. — Curados, 40 ; mejorados, 62 ; estacionarios, 6 ; muertos, 0.

Lesiones circunscriptas sin fiebre: 167. — Curados, 112; mejorados, 45; estacionarios, 10; muertos, 0.

De 1900 á 1905: 521 casos.

Lesiones destructoras y cavernas: 69. — Curados, 2; mejorados, 29; estacionarios, 23; empeorados, 8; muertos, 7.

Idem íd. sin cavernas: 79. — Curados, 8; mejorados, 34; estacionarios, 26; empeorados, 9; muertos, 2.

Bronconeumonías difusas y fiebre: 102. — Curados, 12; mejorados, 64; estacionarios, 24; empeorados, 2; muertos, 0.

Idem íd. sin fiebre: 105. — Curados, 22; mejorados, 65; estacionarios, 18; empeorados, 0; muertos, 0.

Idem íd. circunscriptas con fiebre: 83. — Curados, 28; mejorados, 50; estacionarios, 5; empeorados, 0; muertos, 0.

Idem íd. sin fiebre: 83. — Curados, 33; mejorados, 46; estacionarios, 4; empeorados, 0; muertos, 0.

El Dr. Delore: La inmunización tuberculosa es el medio supremo de combatir la tuberculosis, contra la que han sido ineficaces otros métodos terapéuticos. El Dr. Maragliano ha esbozado una cuestión interesante, la de asociación de microbios que el bacilo tiene la propiedad de agrupar á su alrededor. En una nota que presenté á la Academia de Medicina, insistí sobre el carácter nocivo de esta asociación de microbios que se propagan por la economía bajo la influencia de la miseria, del hacinamiento, etc., despiertan la tuberculosis latente y modifican su marcha, precipitando el desenlace funesto. Von Schroën atribuye una gran importancia á un grueso micrococo que, según él, produce las cavernas y es el agente tisiógeno principal. Las tentativas de inmunización fracasan, porque sólo son eficaces contra el bacilo de Koch. Auclair ha combatido esta opinión.

Charrin ha hecho resaltar el papel protector de la placenta contra el bacilo que reside en la sangre. Es vertido en el torrente circulatorio por los linfáticos, cuyas redes constituyen un recipiente grandísimo en el que se forma la simiente tuberculosa. La placenta es un compartimiento en el que la sangre de la madre y la del feto están separadas por un tabiqué delgado. Cuando está sano, los microbios maternos son englobados por los leucocitos. Pero si sobreviene una distrofia, la defensa cesa y el microbio atraviesa el tabique placentario.

Baumgarten sostiene que el depósito latente existe en la médula ósea y en los ganglios. He visto en muchos fetos coxalgias supuradas, caries, etc. Hay, por lo tanto, cambios infecciosos entre la sangre de la madre y la del feto, y así se constituye la *herencia de familia*. La morbilidad, según las estadísticas de las autopsias alemanas, es de 94 por 100. Esta cifra elevada justifica la opinión de Poncet respecto á la influencia de la bacilosis en las manifestaciones inflamatorias.

Patogenia de las anquilosis espontáneas y en particular de las vertebrales.— Los Dres. A. Poncet y R. Leriche: Se admite hoy que la anquilosis debe ser considerada como la reliquia de una artritis. Es la cicatriz patológica de una inflamación articular. La inmovilidad prolongada es suficiente para anquilosar una coyuntura, pero la anquilosis que resulta es falsa, fibrosa, no ósea.

Se admiten tres clases de anquilosis: *post traumáticas*, de *curación* é *inflamatorias*, ó mejor dicho *infecciosas*.

El primer grupo corresponde á hechos indiscutibles. El segundo comprende las anquilosis tuberculosas; no son debidas al bacilo de Koch, sino que se producen á pesar de este microbio. El tercero es más interesante. Comprende dos clases: las artritis supuradas y las no supuradas. Después de la supuración las partes fibrosas de la sinovial inflamada se hacen más gruesas, los exudados se organizan; se forman adherencias en los sitios de erosión y se forma una anquilosis fibrosa primero, después ósea, algunas veces. Ciertas artritis infecciosas ó quizá toxi-infecciosas no supuradas, terminan de igual modo. Se las llama por esta causa *artritis anquilosantes* y á las soldaduras que resultan *anquilosis espontáneas*.

Estas dependen, por lo tanto, de artritis agudas no supuradas, ó mejor dicho, pseudomembranosas. Son artritis con secreción de linfa plástica. En este caso la congestión inflamatoria y la irritación de la sinovial sólo determinan engrosamiento notable de la serosa, que produce un exudado lardáceo, blanco-amarillento, de aspecto gelatinoso sin organización. El proceso es puramente plástico, una artritis seca aguda. Las falsas membranas se organizan poco á poco por penetración de vasos neoformados y evolución fibrosa consiguiente, formándose así adherencias. La sinovial, infiltrada y engrosada, prolifera. La evolución esclerosa de estos tejidos nuevos contribuye también á la producción de las anquilosis fibrosas. El proceso no es exclusivamente sinovial porque participan de él, en más ó menos grado, el cartílago, el hueso subyacente y los tejidos blandos peri-articulares. La localización predominante en tal ó cual sistema produce las diferentes variedades de anquilosis.

La substancia cartilaginosa concluye por desaparecer y se forman entre las superficies del hueso estalactitas, especies de puentes óseos, resultando la sinostosis completa de las extremidades óseas, siendo tanto más completa la fusión cuanto más íntimo es el contacto entre las superficies articulares. Los tejidos extrasinoviales adquieren un aspecto lardáceo. Cuando se atenúa la virulencia del proceso inflamatorio, los exudados se absorben, quedando todos estos tejidos esclerosados y retraídos. En otros casos se osifican. Esta forma se observa con más frecuencia en el raquis en la especie humana.

¿Cuáles son, desde el punto de vista práctico, los tipos etiológicos de las artritis anquilosantes?

Se indican en primer término los pseudoreumatismos, en los que existe la tendencia fibrinoplástica. Respecto al reumatismo agudo, las opiniones varían entre médicos y cirujanos. Ollier y Pingaud han intentado conciliar estas opiniones haciendo una distinción entre el traumatismo y el vicio reumático. Es preciso, dicen, que se combinen el traumatismo y el reumatismo para que resulte la sinostosis; el reumatismo por sí sólo no es plástico, debe su tendencia anquilosante á las irritaciones locales repetidas, á los movimientos intempestivos.

No aceptamos esta hipótesis. Hay muchas artritis, de apariencia reumática, tan dolorosas, que es imposible hacer la exploración. Se inmoviliza el miembro durante mucho tiempo, y cuando el dolor desaparece, la anqui-

losis es completa, aun sin traumatismo articular. Son las artritis plásticas observadas por Gosselin y cuya naturaleza no pudo precisar, aunque sospechó que era reumática. «¿Pero por qué, preguntaba, el reumatismo produce unas veces artritis simplemente congestivas y otras plásticas, anquilosantes?» Mollière, Nicaise, Ollier, Mauclaire, Nélaton y otros varios cirujanos han referido ejemplos de este género, en los que no podía invocarse el traumatismo articular. La artritis se hizo espontáneamente anquilosante.

Hemos visto gran número de estos enfermos, en casi todos los cuales conseguimos descubrir rastros de una tuberculosis antigua en actividad, según demostró la serorreacción y la prueba de la tuberculina. Puede afirmarse, por lo tanto, que *el reumatismo franco jamás termina por anquilosis verdadera*. Las supuestas anquilosis reumáticas, la mayor parte de las artritis plásticas anquilosantes, dependen de la tuberculosis, pero de evolución fibrosa.

Para que el estudio sea completo debemos señalar las falsas anquilosis de la poliartritis deformante. En éstas se trata más de dificultad peri-articular de las funciones de la articulación que de fusión osteofibrosa.

El proceso de la poliartritis es, ante todo, atrófico y medular. Alrededor del hueso rarificado y granuloso hay exostosis periférica que impide el deslizamiento de las superficies articulares fijas ya por los ligamentos retraídos. No hay anquilosis verdadera, y si hablamos de ellas es para excluirlas.

La patogenia de las anquilosis espontáneas es sencillísima. Todas son de origen toxi-infeccioso. El frío húmedo, el tramatismo, etc., son sólo causas ocasionales, provocadoras ó localizadoras, de un pseudorreumatismo. Todos los pseudorreumatismos tienden á la anquilosis cuando no producen hidropesía. De ellos dependen todas las artritis plásticas, la mayor parte de las cuales se explican por la blenorragia, y sobre todo por la tuberculosis. *Sin proceso toxi-infeccioso no hay anquilosis espontánea.*

Los datos que acabamos de exponer se aplican por completo á la patogenia de las anquilosis vertebrales. Desde el punto de vista clínico se describen dos grandes tipos de estas anquilosis. Uno es principalmente ligamentoso, el otro más bien osteo-articular. El primero corresponde, dice Léri, á una *meniscoligamentitis*. Puede ser general ó local. General, crea la espondilosis rizomélica, enfermedad toxi-infecciosa. Local, produce la cifosis de Bechtereu, afección heredotraumática. El segundo tipo corresponde á la osificación total, rectilínea, del raquis, y depende del reumatismo crónico.

Estudiaremos estas formas en detalle.

En el primer caso, según Marie y Léri, están osificados casi todos los ligamentos de la columna vertebral. Las apófisis articulares se hallan soldadas en sus contornos y forman al exterior una columnilla moniliforme. Los ligamentos amarillos se encuentran osificados en ciertos sitios, y lo mismo ocurre con los costovertebrales. En la parte anterior se observa osificación del disco. El ligamento vertebral común anterior, igual que el posterior, se halla intacto. El conducto raquidiano y los agujeros intervertebrales conservan su diámetro normal. Hay aproximación más ó menos acentuada de ciertas extremidades articulares que puede llegar á la soldadura total de

los huesos inmediatos. Este proceso se observa en otras articulaciones de menisco ó de rodete: cadera, hombro, etc. Finalmente, pero muy tarde, se generaliza á las articulaciones del pié. La hiperosificación se produce á expensas de una desosificación paralela, en otros sitios en los que los huesos se reblandecen y afectan de osteítis rarificante. Tal es el aspecto característico de la espondilosis rizomélica, verdadera entidad anatomoclínica.

La *cifosis heredotraumática* descrita por Bechtereu con el nombre de *rigidez vertebral*, y llamada antes *enfermedad de Kümmel*, se caracteriza anatómicamente, según Léri, por cifosis con osificación de la mayor parte de los ligamentos vertebrales, los que forman eminencia. El que más se afecta es el ligamento «vertebral común anterior», pero no en toda su longitud. La fórmula anatómica de esta forma puede enunciarse así: anquilosis localizada en la concavidad de una curva cifótica. Las lesiones en el reumatismo vertebral son distintas. En este caso lo que predomina es la soldadura en masa y en el sentido rectilíneo de todo el eje vertebral ó de uno de sus segmentos (J. Teissier). Es la osificación regular de los ligamentos anteriores que forman puentes rígidos entre los cuerpos vertebrales inmovilizados en un bloque. Es la presencia constante de osteofitos, á veces voluminosos, sobre todo en las caras laterales del raquis, que disminuyen el calibre de los agujeros de conjugación.

En resumen, existen dos tipos de anquilosis vertebral: una ligamentosa, que va acompañada de osteomalacia, de osteítis rarificante; otra osteoarticular puramente plástica. El primero se subdivide en dos formas clínicas: la espondilosis rizomélica y la cifosis heredotraumática. El segundo depende del traumatismo que puede ser cervical, cervicodorsal, dorsolumbar ó total. Tal es la opinión de Marie, Léri, J. Teissier y Roque.

Otros autores, Schlesinger y A. Pic, creen que se trata de formas apenas diferentes, de un proceso único. Tal es también nuestra opinión.

Todo agente causal puede, en materia de reumatismo crónico, seguir en las articulaciones dos marchas diferentes, atrófica, rarificante ó plástica. Estas modalidades se observan á veces en el mismo enfermo. Son cuestiones de virulencia y de terreno y marcan el carácter predominante del proceso, no su naturaleza. No es posible fundarse en ellas para hacer distinciones patógenas. Toda toxi-infección es susceptible de producir cualquier variedad de anquilosis; en un individuo, capsuloligamentosa, periférica; en otro, sinostosis absoluta. Todo depende del modo de ataque y de la localización predominante. La espondilosis suele revestir el primer tipo, porque en la columna vertebral las anquilosis son casi siempre periféricas. La osificación intervertebral es más rara porque las fusiones intervertebrales completas corresponden sobre todo á lesiones sinoviales y á ulceraciones cartilaginosas, para lo cual se necesita un cartílago delgado y una serosa, que no existen en el raquis.

Tampoco puede considerarse como carácter patognomónico de la lesión la posición de la anquilosis. En el raquis la rectitud y la flexión depende de la estática. Cuando el proceso es anquilosante desde el principio, la columna queda fija bruscamente en su forma. Cuando, por el contrario, lo que ocurre con más frecuencia, existe una fase transitoria de osteomalacia, pueden resultar las deformaciones más diversas. El reblandecimiento óseo

permite la acción de las causas mecánicas, y la osteítis condensante terminal ó la ánquilosis de curación, sorprenden al esqueleto en posición anormal, que se hace definitiva. La anquilosis llamada de reumatismo crónico es en extensión, porque es total, y el proceso anquilosante desde el principio. La de la espondilosis y la de la cifosis heredotraumática son en parte viciosas, porque el agente causal ejerce su acción durante mucho tiempo en la periferia y en el esqueleto propiamente dicho produce primitivamente sólo reblandecimiento inflamatorio, así que mientras que los ligamentos se osifican, la columna se aplasta y adquiere la forma curva. Ambos procesos van acompañados de fuertes dolores hasta que la osificación es suficiente para inmovilizar el raquis en posición anormal. En este caso, como en todas las afecciones articulares, la inmovilización es curativa, porque corrige la inflamación y calma el dolor.

Los caracteres morfológicos puros no permiten diferenciar los dos procesos, atribuyendo uno á una trofoneurosis y otro á una infección. Toda anquilosis espontánea es resultado de una infección que afecta más ó menos los ligamentos ó los huesos, pero nunca unos con exclusión de otros. Existen, por lo tanto, todas las formas de transición.

¿Qué factores etiológicos deben invocarse? El frío, el traumatismo, etc., no son más que causas ocasionales. Se necesita una infección para producir la anquilosis; pero *no es específica y puede ocasionarla cualquier microbio.* Los más comunes son dos, el gonococo y el bacilo de Koch. Según las observaciones de Pic, Bombes de Villiers, Thevenot, Montet, Gerspacher, Hilton, Fagge y Teixidos Sunor, de 60 casos de espondilosis, 20, cuando menos, dependían de la tuberculosis. Estas relaciones de la tuberculosis y de la anquilosis vertebral han sido confirmadas recientemente por Lorenz. De 174 tísicos, 68 tenían rigidez vertebral, y de éstos el 55 por 100 no habían cumplido cuarenta años.

La tuberculosis produce, por consiguiente, anquilosis, una de cuyas formas más comunes es el reumatismo tuberculoso anquilosante.

El Dr. A. Leri: Voy á ocuparme principalmente de la patogenia de las anquilosis vertebrales. Admito la importancia primordial de las afecciones inflamatorias, articulares y periarticulares, pero insistiré con especialidad sobre dos modalidades patógenas poco estudiadas de neoformaciones óseas y de anquilosis debidas á la osificación de los ligamentos.

A consecuencia de un traumatismo los ligamentos pueden desgarrarse, determinando derrames serosos y sanguíneos, intra ó periarticulares, arrastran consigo partículas más ó menos importantes de periostio, hueso ó cartílago; estas lesiones suelen repararse por engrosamientos periósticos y neoformaciones óseas. Como en la columna vertebral el desarrollo de algunos ligamentos es mayor que el de las articulaciones, el papel de las alteraciones y separaciones ligamentosas es importantísimo para la determinación de ciertas anquilosis post traumáticas. Hay una causa de anquilosis ósea, cuyo papel se ha desconocido y que, al menos en lo referente al raquis, es importantísimo: la osificación de los ligamentos por *adaptación funcional.* Un trabajo reciente de Holzknecht, basado en numerosos exámenes radiográficos, permite aplicar al tejido conjuntivo (tomado en su sentido más lato) la «ley de transformación de los huesos», aplicada por

J. Wolff al estudio del tejido óseo, á saber: «La presión y tracción exageradas, á causa de la excitación trófica funcional, y en interés de la estática, conduce á la formación de un material que se halle en estado de realizar la resistencia exigida».

Estas dos modalidades se observan con más frecuencia en la columna vertebral, á causa del desarrollo relativo de los ligamentos, tanto en las anquilosis locales como en las generales.

En las anquilosis locales:

En las tuberculosis locales, la anquilosis no es producto de la infección, sino resultado de la osificación de los ligamentos estirados para las necesidades de «la adaptación funcional».

En las escoliosis, sea cual fuere su origen, se producen, más ó menos tardiamente, anquilosis óseas vertebrales con predominio en la concavidad de la curvadura. Tiene dos sitios electivos: el borde lateral de los discos intervertebrales, y, en las escoliosis acentuadas, la unión de las costillas y la columna vertebral. Esta osificación neoformada es resultado de la tracción exagerada de los ligamentos, y quizá de parte de los tejidos blandos. Es un efecto de la adaptación funcional.

A consecuencia de los traumatismos puede producirse una anquilosis de la columna vertebral, anquilosis que varía según el sitio en que obra el traumatismo, según su naturaleza y su violencia, y según que vaya ó no acompañado de fracturas ó de luxaciones.

Entre las anquilosis vertebrales generales merece lugar preferente la cifosis heredotraumática, descrita por Bechtereu y P. Marie. Esta afección sigue una marcha especial. A consecuencia de un traumatismo sobre la región dorsal, sobrevienen dolores y abultamiento raquidianos; mejoría; á los pocos meses, nuevo período de dolores con cifosis y gibosidad, que aumentan y se hacen definitivos; la curvadura raquidiana puede mejorar por el reposo horizontal y el uso de un corsé. Esta deformación es más común en los sujetos de antecedentes familiares con tendencia á la cifosis. Se ha explicado de diversos modos esta evolución singular; Kümmel supuso que el traumatismo perturbaba la nutrición de los huesos, provocando su reblandecimiento consecutivo; Mikulicz y Henle admitieron la formación de un hematoma traumático por dentro ó por fuera de la dura madre, que originaba el reblandecimiento de las vértebras al comprimir las raíces y los ganglios espinales.

La patogenia de esta afección es clara y su marcha se explica perfectamente. En una caída hacia atrás sobre el dorso, ó en la caída de un cuerpo pesado sobre la región dorsal (son las dos únicas causas que han producido hasta ahora la cifosis heredotraumática) la convexidad normal de esta parte del raquis se endereza bruscamente; algunos ligamentos, entre ellos el vertebral anterior, se rompen ó desprenden; es un «esguince» de la columna vertebral. La consecuencia de estas rupturas ligamentosas, y también sin duda cierto grado de contractura de los músculos perirraquidianos, es la formación rápida de una cifosis, pero de una cifosis moderada, reducible y susceptible de mejorar en las semanas siguientes. Después, el ligamento vertebral anterior, haya ó no arrastrado partículas de periostio ó de cartílago, se osifica, y esta osificación, al producirse en una región ya cóncava,

aumenta progresivamente la concavidad. Así se forma en algunas semanas ó meses una gibosidad cada vez mayor, imposible ó difícil de reducir. Pueden romperse también otros ligamentos, que se reparan por neoformaciones óseas exuberantes en el conducto vertebral y en los agujeros intervertebrales por fuera del raquis. Así se explican los dolores agudos y persistentes, á veces de forma neurálgica, y la tendencia á los espasmos por compresión de la médula.

De estas nociones de patogenia se deducen dos consecuencias terapéuticas: 1.ª La necesidad del enderezamiento continuo muy precoz, del decúbito dorsal y sobre todo del corsé enyesado, aplicado de preferencia durante el sueño clorofórmico, y de la suspensión. Este tratamiento debe aplicarse cuando, algún tiempo después del traumatismo, se ve formarse una joroba que va en aumento. 2.ª Sabiendo que los accidentes de compresión son debidos á nódulos óseos neoformados en los ligamentos anchos, es de esperar que la cirugía pueda combatirlos con buen éxito.

Las dos variedades más comunes de anquilosis raquidiana verdaderamente general, son: el reumatismo vertebral crónico y la espondilosis rizomélica.

En el reumatismo crónico, el ligamento anterior presenta engrosamiento moniliforme, acentuado hacia los discos intervertebrales, cada uno de los cuales se marca por un osteofito voluminoso, mayor en la región lumbar. Estos osteofitos constituyen el carácter más notable á primera vista de dicha forma de reumatismo. La tendencia á la hiperosificación elevada se manifiesta en todos los puntos del raquis. La osificación puede ser general ó limitarse á una zona. En el primer caso, la columna vertebral puede estar encorvada de un modo variable; á veces es más rectilínea que en estado normal.

En la espondilosis rizomélica las lesiones son completamente distintas. Nada distingue á primera vista un raquis espondilótico de otro normal, excepto su curvadura regular y su rigidez absoluta. Hay osificación de los ligamentos, pero no prominencias ni dilatación anormal de los cuerpos vertebrales ni hiperosificación prominente en sus contornos. Los discos intervertebrales quedan gruesos y fibrocartilaginosos. Los agujeros intervertebrales conservan su diámetro normal. Las apófisis articulares y espinosas están soldadas entre sí por osificación de los ligamentos. Las costillas se hallan unidas á las vértebras por osificación de los ligamentos costovertebrales y costotransversales que conservan su forma. La importancia de la osificación es proporcionada al valor habitual de cada hacecillo ligamentoso.

¿Hay entre estas dos formas anatómicas tan diferentes una relación patógena? Este problema ha sido uno de los más discutidos; para resolverle es preciso considerar sucesivamente la clínica, la etiología, y hacer el análisis metódico de las lesiones.

El reumatismo vertebral crónico se observa casi exclusivamente después de los cincuenta años. Las mujeres le padecen quizá con más frecuencia que los hombres. La localización vertebral casi nunca es la primera que se observa, porque la preceden las deformaciones reumáticas crónicas de las manos y de los piés; en casos más raros, están afectadas también las cade-

ras, las rodillas, los hombros, todas las grandes articulaciones. En los antecedentes no figura de ordinario infección ó intoxicación especial, pero como se trata de ancianos, es muy difícil afirmar que no haya existido.

La espondilosis rizomélica es una afección que se observa casi siempre en la infancia y al principio de la edad adulta, entre los veinticinco ó cuarenta años. Es más frecuente en el hombre que el reumatismo osteofítico y ataca rara vez á la mujer. Sigue en la columna vertebral una marcha progresiva, de ordinario ascendente. Las caderas se anquilosan casi siempre más ó menos á la vez que el raquis; la anquilosis se extiende de ordinario, en cierto grado, á los hombros, las rodillas y á las articulaciones externo-claviculares y temporomaxilares. Sólo en casos raros y en época muy tardía se anquilosa alguna otra articulación periférica. Este hecho fué demostrado hace mucho tiempo por Strümpell. Los dolores, en cambio, son mucho menos limitados y se extienden á todas las partes del cuerpo, pero conservando el carácter de los locales y sin afectar el tipo neurálgico. Es casi siempre, si no siempre, consecutiva á una infección, de ordinario la blenorragia. Se presenta por lo común algunos años después de la blenorragia; pero sobre todo después de las blenorragias repetidas ó de la que deja la gota militar ó algo de enturbiamiento de la orina, que indica cierto grado de cistitis. Insistimos sobre este ligero trastorno urinario, porque conocido á tiempo permite emplear el único tratamiento preventivo de la espondilosis; cuando la existencia de los dolores hace sospechar una espondilosis en vías de desarrollo, si existe el trastorno urinario más ligero, debe procurarse prevenir el período anquilosante ascendente por lavatorios repetidos de la vejiga.

La tuberculosis es con frecuencia causa de la espondilosis. En 1899 citamos las observaciones de Sunol y de Hilton Fagge, debidas probablemente á la tuberculosis. Poncet y sus discípulos, Thévenot, Leriche, Leret y Montet han llamado la atención sobre la frecuencia de esta etiología; Pic, Bombes y Gerspacher han referido también ejemplos de espondilosis tuberculosa; hemos observado casos que reconocían esta etiología. Creemos con Poncet que todas las infecciones, blenorragia, tuberculosis, quizá reumatismo articular agudo, etc., obran por las toxinas microbianas.

¿Resulta de esta etiología que la espondilosis rizomélica es al reumatismo vertebral osteofítico lo que el pseudorreumatismo infeccioso es al reumatismo deformante? Es posible; en este caso la distinción anatómica entre los dos tipos morbosos se haría por la localización vertebral; convendría hacer respecto á los miembros la misma disociación anatómica y clínica. Hasta ahora no es posible aceptar esta analogía sin salvedades.

Lo que, para nosotros, domina la patogenia de la espondilosis, no es la artritis, sino la osificación de los ligamentos; esta osificación se produce fibra por fibra, sin proliferación ósea exuberante, como sucede en los procesos inflamatorios. Se asemeja esencialmente á la producida después de la inflexión de la columna vertebral consecutiva á una fractura, una luxación ó una caverna tuberculosa, pero lejos del foco traumático ó infeccioso, en el sitio donde los ligamentos están sometidos á una tracción fuerte. Tiene por objeto limitar la inclinación de la columna vertebral, y es de suponer que sea secundaria, exigida por la adaptación funcional,

puesto que la lesión primitiva es una tendencia á la flexión, un reblandecimiento óseo. Puede invocarse también en favor de la rarefacción ósea en la espondilosis, la curva regular y siempre acentuada del raquis, su reducción fácil, á veces sólo por la influencia del peso, y al aplastamiento constante y notable del tórax y de la pelvis.

Béclére ha radiografiado á mis instancias la columna vertebral de dos enfermos, uno de reumatismo vertebral crónico y otro de espondilosis rizomélica. He aquí el resultado de este examen radiográfico:

Reumatismo vertebral crónico. — a) *Columna vertebral.* — Primer carácter: deformación del cuerpo de las vértebras por ensanchamiento de las extremidades superior ó inferior y por exageración de la concavidad circular.

Segundo carácter: los discos intervertebrales son más transparentes que los cuerpos.

Tercer carácter: la banda opaca vertical correspondiente á los ligamentos falta, ó está poco acentuada.

b) *Pelvis:* no hay deformación notable ni transparencia anormal de las fosas ilíacas óseas.

Espondilosis rizomélica. — a) *Columna vertebral.* — Primer carácter: no hay deformación de los cuerpos vertebrales casi cilíndricos.

Segundo carácter: los discos no son más transparentes que los cuerpos.

Tercer carácter: unos y otros están cubiertos por una banda ancha de bordes paralelos; por fuera de ella sobresalen las partes más externas de los cuerpos vertebrales, notables por su transparencia anormal; las apófisis son también muy transparentes.

b) *Pelvis.* — 1.° Deformación.

2.° Transparencia normal de las fosas ilíacas óseas.

No puede haber demostración más clara de los dos hechos siguientes:

1.° El reumatismo vertebral crónico anquilosante difiere esencialmente de la espondilosis rizomélica.

2.° Lo que predomina en la espondilosis rizomélica es la rarefacción ósea con osificación de los ligamentos; puede casi decirse que «la espondilosis es una osteomalacia». La osificación de los ligamentos es una tendencia reparadora, una adaptación funcional.

El virus toxi-infeccioso, produce la osteopatía vertebral rarificante y la osificación ligamentosa consecutiva de la espondilosis, obrando directamente sobre el raquis, ó por el intermedio del sistema nervioso? Las dos hipótesis son admisibles; pero la falta de todo trastorno de origen nervioso (neuralgias, mialgias, amiotrofias, fenómenos cardíacos y oculopupilares, tan comunes en el reumatismo vertebral), la falta de toda lesión notable de la médula espinal y de sus meninges en dos de nuestras autopsias, nos hace considerar como mucho más verosímil la primera de estas hipótesis, la de la acción directa del virus sobre el raquis. — F. Toledo.

(Continuará).

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS AMERICANOS

21ª sesión anual celebrada en Washington el 15 y 16 de Mayo de 1906.

Edema pulmonar recurrente agudo.— El Dr. *D. Riesman* llamó la atención sobre un tipo especial de edema pulmonar. Este edema recidiva de cuando en cuando y en cada ataque pone al enfermo en peligro inminente de muerte. El principio es agudo. Los pulmones y las vías respiratorias se llenan con rapidez de líquido que sale por la boca y por la nariz. El líquido es seroso, espumoso, á veces teñido con sangre y se asemeja al vinagre de frambuesas. La disnea es grandísima; el enfermo está lívido ó cianósico y necesita agarrarse para respirar. En el pecho se oyen los estertores característicos del edema. El pulso de la radial es lleno ó imperceptible. En el apogeo del ataque el enfermo parece que va á asfixiarse. El primer ataque de este edema agudo es capaz de producir la muerte, igual que en la angina de pecho, pero recidiva con más frecuencia. El edema pulmonar agudo del tipo descripto se ha observado en la nefritis crónica intersticial, en la arterio-esclerosis, en la angina de pecho y en el asma. Otro edema especial que por la rapidez de su comienzo y la gravedad de sus síntomas se asemeja al descripto, es el que se observa á veces después de la toracentesis, y del cual ha referido el Dr. Riesman un caso con el título de expectoración albuminosa. Las causas de estos edemas pulmonares son variadas. Unos son puramente tóxicos y van acompañados de trastorno del mecanismo vasomotor. En otros hay debilidad repentina del ventrículo izquierdo. El tratamiento varía según la causa. Cuando hay cianosis y pulso fuerte con tensión sanguínea elevada la sangría general produce un alivio inmediato. Contra la debilidad cardíaca están indicados la atropina y los estimulantes difusibles. Las ventosas secas son útiles en ciertos casos.

El Dr. *H. Amory Hare* dijo que la causa del edema del pulmón es probablemente un espasmo vascular, aunque no es posible decir que sea vasomotor. En los pulmones el aparato vasomotor está compuesto de fibras nerviosas del simpático, y dichos órganos no están muy bien dotados de músculos ni de nervios. Es indudable, por lo tanto, que estos accidentes pulmonares deben ser considerados como debidos á una toxemia más que á un trastorno del gobierno nervioso de los pulmones.

El Dr. *S. J. Meltzer* manifestó que la exudación de suero en los pulmones es debida más bien á una modificación de la permeabilidad de los vasos sanguíneos que á otro factor. Su causa es tóxica. El mejor tratamiento es el empleo de la nitroglicerina, que congestiona el área esplácnica y hace descender la presión sanguínea, sin que haya necesidad de sustraer sangre al enfermo. En algunos casos se ha usado la adrenalina, aunque los resultados experimentales en los animales no son favorables á su empleo. En efecto, este medicamento tiende á congestionar los pulmones, y, por consiguiente, no debe ser empleado en el hombre.

El Dr. *E. G. Janeway* indicó que el edema del pulmón suele ir acompañado de sudor abundantísimo ó de deposiciones intestinales. A veces sustitu-

yen, al parecer, al edema pulmonar y lo corrigen. Esto parece indicar un aumento de permeabilidad de los vasos pulmonares.

El Dr. *Shattuck* dijo que el edema pulmonar se presenta con más frecuencia en los casos de arterio-esclerosis. Ha obtenido en todos sus enfermos un gran resultado con la nitroglicerina. Muchas veces al administrar el medicamento se oían estertores en todo el pecho. A los cinco minutos era imposible oir un estertor. La morfina es útil también en estos casos, sobre todo cuando no produce resultado la nitroglicerina.

El Dr. *F. P. Kinnicutt* indicó que la adrenalina podrá estar contraindicada en teoría, pero que la ha visto producir resultados excelentes. En algunos casos gravísimos bastaron 15 gotas de adrenalina para corregir los síntomas más alarmantes.

El Dr. *Porchheimer* dijo que, según su experiencia, la adrenalina es útil siempre que haya aumento de la presión sanguínea durante el ataque de edema pulmonar. Este depende de varios factores etiológicos, y cada tipo de la enfermedad necesita ser tratado según las indicaciones especiales. La experiencia clínica en este asunto tiene mucho más valor que los experimentos en animales.

El Dr. *Miller* dijo que los animales en quienes se ha experimentado la adrenalina mueren por edema pulmonar. El medicamento, en teoría al menos, está contraindicado en la especie humana en tales casos. Los buenos resultados referidos hacen sospechar que muchos de estos enfermos padecían asma, en la que la adrenalina produce efectos inmediatos.

El Dr. *Thayer* manifestó que la adrenalina apenas modifica la presión sanguínea pulmonar, aunque eleva bastante la general. Así pueden explicarse algunas de las discrepancias citadas.

El Dr. *S. Solis Cohen* dijo que las indicaciones para el uso de la adrenalina no son muy claras. El edema de la laringe, por ejemplo, se trata muchas veces por la adrenalina, aunque al parecer es á menudo causa de esta afección. Ha visto curar por la adrenalina anginas de pecho causadas por dosis excesivas de nitroglicerina. El médico creyó que el enfermo padecía angina de pecho, cuando lo que padecía en realidad era edema pulmonar.

El Dr. *Meltzer* manifestó que en todos los casos en que se han obtenido buenos resultados con la adrenalina, la acción del medicamento fué rápida y á veces hasta inmediata. La adrenalina obra con lentitud y se necesitan cuando menos de quince á treinta minutos para someter el enfermo á su influencia. El asma y sus abundantes estertores húmedos cura á veces casi instantáneamente, por todo lo que se administra al enfermo. La acción que se atribuye á la adrenalina puede ser debida en realidad á la sugestión.

El Dr. *Cabot* llamó la atención sobre el hecho de que á veces el edema pulmonar cura con rapidez y espontáneamente. Por desgracia, á causa de nuestro deseo de aliviar á los enfermos, desconocemos la marcha normal de muchas afecciones.

El Dr. *F. Billings* dijo que, al parecer, algunos casos de edema pulmonar son de pronóstico alarmante. Los enfermos que arrojan en abundancia por la boca y la nariz moco espumoso sanguinolento, parece que se hallan en peligro de muerte. Sin embargo, estos individuos no están cianósicos.

La respiración no es acelerada, y á pesar de su temor á la muerte, los síntomas generales no son alarmantes. Algunos de estos enfermos tienen sudor abundante y poliuria. Ha observado que el mejor tratamiento contra los ataques recurrentes de este género es la morfina y la nitroglicerina á pequeñas dosis. Antes empleaba la estricnina y la digital, pero son ineficaces.

El Dr. *Babcock* indicó que la atropina es el medicamento más eficaz, sobre todo cuando el edema pulmonar sobreviene en el curso de la neumonía.

El Dr. *J. Gison* indicó también que la atropina es el mejor de todos los medicamentos, particularmente en el edema pulmonar consecutivo al uso de la pilocarpina, la que produce un edema característico de los pulmones cuando se administra á dosis elevadas, como se hacía antes.

El Dr. *J. H. Musser* manifestó que, según su experiencia, el mejor medicamento contra el edema pulmonar es la morfina, y después la nitroglicerina. Cree que el edema pulmonar está muchas veces íntimamente asociado con la dilatación aguda del corazón.

El Dr. *W. H. Thompson* dijo que hace diez años expuso lo poco que se conoce de la patología del edema. Heidenhein, que ha estudiado con más detenimiento que nadie todo cuanto se relaciona con el edema pulmonar, manifiesta que nada sabemos respecto á la patología del edema. Osler ha dicho también que uno de los asuntos que menos conocemos es el edema, debido á la circulación venosa.

El Dr. *Rieman* manifestó que, cuando el pulso es duro y lleno, está indicada la sangría, indicación sobre la que cree conveniente insistir.

Presión sanguínea en la insuficiencia mitral. — El Dr. *W. J. Mc Callum* dijo que la presión sanguínea desciende en todos los casos de insuficiencia mitral, á causa de la distensión de los vasos pulmonares al terminar el sístole. A consecuencia del retroceso de la sangre á los pulmones, se produce en la circulación pulmonar una onda de reflujo. No se observa de ordinario signo alguno que pruebe que la circulación pulmonar sea influída por las ondas de este género, pero en la insuficiencia mitral la congestión consecutiva es muy marcada.

Presión sanguínea venosa y arterial. — El Dr. *H. Sewall* refirió una serie de experimentos practicados para estudiar la presión venosa y sus relaciones con la arterial. La circulación puede dividirse en dos áreas: somática y esplácnica; la presión sanguínea arterial es influída en alto grado por la presión en el área esplácnica. La gravedad aumenta la presión; por este motivo es mayor cuando el individuo está en pié ó eleva las manos por encima de la cabeza. Saca de sus experimentos las conclusiones siguientes: La presión sanguínea en las venas superficiales depende de la relación entre el aflujo y la salida de la sangre. El primero es exagerado en alto grado por el ejercicio muscular y algo por el calor. La última disminuye por el frío, que contrae las venas, y por todo obstáculo que se oponga á la entrada de la sangre en el corazón. La presión sanguínea se eleva en unas personas y en otras desciende durante la digestión. El aumento en este caso es debido probablemente á la elevación de presión por obstrucción en la aurícula derecha. Los movimientos respiratorios, además de su efecto as-

pirante sobre la sangre venosa, tienen una importancia fundamental por favorecer el paso de la sangre desde las arterias á las venas. Durante la inspiración profunda las venas periféricas se distienden y la presión aumenta en su interior. A veces se observa el mismo fenómeno durante la inspiración ordinaria. Las variaciones cardíacas y respiratorias de la presión arterial son transmitidas con frecuencia á través de los capilares.

Nicotina y arterie-esclerosis.— El Dr. *I. Adler* expuso los resultados de algunos experimentos que ha practicado en unión del Dr. O. Heusel, respecto á los efectos de las inyecciones intravenosas de nicotina. Estas inyecciones producen en la aorta de los conejos lesiones casi idénticas á las causadas por la adrenalina y la digital. La regla es inyectar en una vena miligramo y medio de nicotina pura. Es seguida siempre de una convulsión típica y violenta. Respecto á este particular no se obtiene tolerancia ni aun después de un centenar de inyecciones. Pero á los pocos minutos el animal se restablece por completo y come y ejecuta todos sus actos como de ordinario. En lo referente á las alteraciones de la aorta, unos animales son inmunes en absoluto y otros muy susceptibles. En algunos se observan ya lesiones á la décimaoctava inyección, mientras que en otros no existen después de las 77. Las primeras que se afectan son las células musculares. Las fibras longitudinales quedan sin afectarse y sólo padecen las fibras circulares más internas. Cuando el estado patológico es difuso, sobreviene la distensión aneurismática. Los depósitos calcáreos son muy comunes. Hay hipoplasia de la túnica íntima. Las fibras elásticas desempeñan un papel pasivo. Ceden después de algún tiempo, al hacerlo el músculo, pero no existe en ellas proceso patológico activo.

El Dr. *J. L. Miller* dijo que ha conseguido producir la tumefacción de las fibras elásticas inyectando cloruro de bario. Coloreando los tejidos afectados se descubrió en ellos la degeneración. Esta forma de alteración arterial es muy parecida á la arterio-esclerosis ordinaria humana.

El Dr. *J. Collins* manifestó que la inyección intravenosa de nicotina pura es cosa muy distinta de la absorción de esta substancia por los fumadores. Ha practicado una serie de experiencias en conejos, sometiéndolos durante un período prolongado á la inhalación del humo de tabaco. Para ello los encierra en una cámara en la que se quema esta planta. Los animales sometidos á estos experimentos no han tenido convulsiones ni aumento de la presión sanguínea.

El Dr. *H. A. Hare* indicó que estas observaciones prácticadas en animales deben ser comprobadas con todo rigor. Un ejemplo típico de esta falta de comprobación es lo ocurrido hace varios años con gatos sometidos á la acción del cloroformo para conocer los efectos de este medicamento sobre los riñones. Se encontró una capa grasienta debajo de la cápsula renal; pero según ha observado después el Dr. Welch, esta capa es normal en los gatos.

El Dr. *Adler* dijo que una serie de experimentos practicados anteriormente, han demostrado que el zumo de tabaco administrado por la boca, no produce efecto alguno sobre la aorta, por cuyo motivo varió el modo de experimentación. Ha empleado sin éxito varios medicamentos para prevenir las convulsiones.

Insuficiencia tricúspide en la anemia perniciosa. — El Dr. *R. B. Preble* dijo que en un enfermo de anemia perniciosa observó pulso en las venas yugulares. La insuficiencia mitral suele observarse en esta afección, pero la tricúspide no había sido observada hasta ahora. Ha visto después otro caso, lo que prueba que dicha insuficiencia es más común de lo que se cree. No hay edema, ni congestión del hígado, ni disnea, ni cianosis, ni alteración cardíaca, de modo que es fácil distinguirla de un verdadero estado patológico de la válvula tricúspide.

Peligros de la toracocentesis.— El Dr. *G. G. Sears* dijo que el peligro más grave es la muerte repentina. En 10 casos de este género, 7 de los enfermos eran niños. En algunos de ellos había hepatización pulmonar, y la aguja del aparato aspirador, al ser introducida, irritó las fibras del vago y ocasionó la parálisis cardíaca. Uno de los peligros que se citan es el neumotórax. Los signos de éste suelen desaparecer sin producir consecuencias graves. Semejantes accidentes se citan con mucha frecuencia en la literatura médica. El aire no penetra en la cavidad pleurítica por la aguja aspiradora, sino desde el pulmón.

El Dr. *Koplik* manifestó que ha visto sobrevenir el neumotórax á consecuencia de la punción exploradora. En un caso observado recientemente, el enfermo quedó cianósico desde que se practicó la punción hasta la muerte. Cuando hay líquido en los casos de neumotórax, debe ser extraído.

El Dr. *Janeway* indicó que el neumotórax consecutivo á la paracentesis, es mucho más común de lo que suele creerse.

El Dr. *Futcher* dijo que el Dr. Emerson ha coleccionado 59 casos de neumotórax, de ellos 9 consecutivos á la paracentesis.

El Dr. *Shattuck* dijo que en la mayor parte de los casos de muerte repentina consecutiva á la toracocentesis, existía probablemente hepatización pulmonar, y que el colapso, causa de la muerte, fué debido á la irritación producida por la aguja aspiradora.

El Dr. *A. Stengel* refirió un caso que acaba de observar. A causa de la mala ordenación del aparato, en vez de extraerse el líquido, se inyectó aire en la cavidad pleurítica, observándose el accidente á causa del gorgoteo que se produjo. No hubo complicación alguna, y el enfermo curó perfectamente.

El Dr. *Thayer* citó hechos parecidos de inyección forzada de aire en la cavidad de la pleura, por error. El único resultado fué la molestia para el enfermo, porque el aire se absorbió sin producir incidente alguno.

El Dr. *Billing* dijo que en el tratamiento aconsejado por Murphy contra la tuberculosis, que consiste en inyectar, en la cavidad pleurítica, primero aire y después nitrógeno, con objeto de inmovilizar el pulmón afectado, se han observado algunas consecuencias graves, pero rara vez. Los accidentes puede decirse que son contadísimos, aunque el tratamiento se ha empleado en varios cientos de casos y durante mucho tiempo.

El Dr. *Meltzer* manifestó que si el aire penetra en la cavidad pleurítica es absorbido. Cuando la pleura está enferma, el aire no se absorbe y dificulta así la función pulmonar.

Hipertensión arterial crónica.—El Dr. *T. Janeway* dijo que la hipertensión arterial es sólo un síntoma, pero bastante importante por sí mismo, además

de los estados en que se observa. Aunque suele ser compensadora, hay en ella otros elementos que merecen ser tenidos en cuenta. Un factor que no se ha tenido en cuenta en el estudio de la arterio-esclerosis es la nutrición deficiente del organismo. Las alteraciones arterio esclerósicas de las coronarias y la tendencia á las degeneraciones inherentes á la vejez, son desfavorables para la formación de un nuevo miocardio. Debe también tenerse en cuenta lo que el organismo exige de la circulación, y la posibilidad de que un corazón hipertrofiado se atrofie á causa del reposo físico y mental en la sala de un hospital. Indudablemente en un número reducido de enfermos, en los que la arterio-esclerosis hace continua la presión sanguínea elevada, ésta debe ser una necesidad fisiológica para mantener en buen estado la circulación abdominal.

El problema de la hipertensión nefrítica es mucho más complicado. Los experimentos fisiológicos y la observación clínica han hecho desechar todos los mecanismos más sencillos y las teorías químicas como las de Traube, Johnson, etc. La nefrectomía doble no eleva, por regla general, la presión sanguínea, y la hipertensión es más frecuente en el tipo de nefritis, en el que la retención de productos de consunción nitrogenados es menor.

Las lesiones anatómicas producidas por intermedio de las arterias esplácnicas desempeñan indudablemente un gran papel en la génesis de la hipertensión en la nefritis, igual que la hipertrofia cardíaca, pero son también, según toda probabilidad, secundarias. Se ha observado la hipertensión en las veinticuatro horas siguientes al principio de la nefritis aguda escarlatinosa, cuando no puede invocarse la existencia de lesiones anatómicas. Otro argumento de gran peso contra el aumento de resistencia puramente anatómico es el alivio temporal, rápido, que se obtiene con la nitroglicerina en estos casos, aunque su administración continuada no produce efecto alguno sobre la presión en general. Este hecho indica un tonus vasomotor elevado. No se ha demostrado que sea debido á la viscosidad mayor de la sangre. La hipótesis primitiva sostenida por Bright y Senator, respecto á la génesis de la hipertrofia cardíaca, á saber, la excitación primitiva del corazón, no explica la hipertensión cuando la circulación esplácnica es normal.

Según la última teoría emitida por Loeb, de la clínica de Krehl, la hipertrofia es concomitante con las alteraciones de los glomérulos, y depende probablemente de un reflejo general consecutivo al tonus vasomotor, el cual es despertado porque la vasodilatación local no basta para asegurar el riego sanguíneo necesario á los glomérulos enfermos. Esta constricción refleja despertada por los glomérulos y susceptible de aumentar cuando aumentan en la sangre los productos de consunción metabólica que necesitan ser expulsados, más la resistencia periférica constantemente en aumento, igual que la fuerza del corazón, secundarias á la hipertrofia de la pared arterial y del miocardio, concuerdan perfectamente con los hechos conocidos.

El único mecanismo que puede invocarse para explicar estos casos son un espasmo arterial persistente, de origen tóxico, incapaz de ser producido en los experimentos fisiológicos y el aumento del tonus vasomotor debido

á reflejos del encéfalo ó de otros órganos importantes. Krehl ha encontrado, al hacer las autopsias, lesiones extensas de las arterias encefálicas.

Sea cual fuese su mecanismo productor, es indudable que la hipertensión revela un esfuerzo del organismo para mantener un riego sanguíneo suficiente en el riñón ó en otro órgano importante, riego que sería imposible sin ella. A decir verdad, es un síntoma de enfermedad; pero no es menos cierto que indica una reacción de defensa del organismo contra la enfermedad. Este concepto es la base de un tratamiento racional.

Mas este asunto puede ser considerado desde otro punto de vista completamente distinto. La persistencia de la presión sanguínea elevada va seguida de modificaciones importantes, tanto en la estructura como en la función de los órganos circulatorios. Además de la hipertrofia del ventrículo izquierdo y de las lesiones arteriales, disminuye la distensibilidad de las arterias cuando se eleva la presión intra-arterial, produciendo un aumento de la presión sistólica y rapidez de la onda pulsátil que predisponen á la ruptura de cualquier punto débil. Se altera la regularidad vasomotora, y al exagerarse el aumento fisiológico de la tensión normal ordinaria, suelen iniciarse ataques de angina de pecho. Pueden presentarse por causas poco conocidas. Crisis de hipertensión, por ejemplo, la uremia aguda. El peligro que más debe prevenirse es la insuficiencia del ventrículo izquierdo con la estancación venosa pulmonar y general por una parte, y los trastornos de la circulación capilar por otra, fenómenos que exageran el trastorno primitivo.

El tratamiento preventivo tiene por objeto contener ó mejorar la enfermedad primitiva. Consiste principalmente en los medios generales higiénicos y dietéticos aconsejados contra la nefritis crónica. El efecto de la quietud y del régimen lácteo en las exacerbaciones de la nefritis, se aprecia perfectamente por el esfigmógrafo.

Antiguamente se procuraba por todos los medios posibles disminuir el aumento de la tensión sanguínea. Por fortuna, como dice Krehl, estos esfuerzos resultaban casi siempre inútiles. Este fracaso de los vasodilatadores para rebajar el nivel general de presión en estos casos, ha servido más para perder fe en los medicamentos que para conocer la lucha del organismo para defender la vida, á pesar del médico. El descenso de la presión sanguínea, sin otra prueba de mejoría, marca de ordinario el principio de la insuficiencia cardíaca y exige el empleo de la digital. Las indicaciones para este medicamento son las mismas con hipertensión que sin ella, y debe emplearse cuando existe la asistolia, sin tener en cuenta el estado de la presión sanguínea. El aumento de la presión sanguínea indica muchas veces que se ha triunfado del ataque.

El tratamiento de urgencia comprende todos los medios útiles en estos momentos dramáticos. Los vasodilatadores están indicadísimos en dichos casos y son indispensables. La nitroglicerina y otros nitritos en los ataques de angina de pecho y de asma cardíaca, la sangría y la narcosis clorofórmica ligera en la uremia, son medios bien conocidos de todos.—F. Toledo.

(*Concluirá*).

PERIÓDICOS

Ambliopía quínica. — Refiere el Dr. Miller un caso de ambliopía que se presentó en un capitán de barco á consecuencia de haber estado tomando la quinina durante varias semanas. La agudeza visual descendió á $^1/_5$ en ambos ojos, tanto que el paciente no podía ni leer ni escribir. Además existía una reducción manifiesta en el lado externo del campo visual, y al examinar el fondo del ojo, se encontró muy pálida la papila y sumamente delgados los vasos retinianos.

El restablecimiento de la facultad visual se logró rápidamente, suprimiendo la quinina y administrando la nitroglicerina al interior.

(*Brit. Med. Journ.*). — R. del Valle.

La desinfección en el cáncer uterino inoperable. — El Dr. H. Fueth ha empleado un nuevo medio de desinfección en los cánceres uterinos inoperables. Practica irrigaciones intra-uterinas con una sonda de doble corriente, por uno de cuyos conductos se inyecta agua oxigenada (35 cent. cúb. de una disolución al 3 por 100 de peróxido de hidrógeno en un litro de agua), y por el otro, una disolución de 2 gramos de permanganato de potasa en un litro de agua adicionada de 5 cent. cúb. de una disolución de ácido acético á 30 por 100. Estos dos líquidos no se mezclan hasta su salida de la sonda de doble corriente; al mezclarse, se produce un desprendimiento activísimo de oxígeno en estado naciente. El ácido acético que se adiciona á la disolución de permanganato sirve para neutralizar la potasa caústica que se forma en contacto del permanganato y del agua oxigenada. De este modo se obtiene una acción desinfectante y desodorante enérgica.

(*Le Bull. Medical*, 12 septiembre 1906). — F. Toledo.

El salicilarseniato de mercurio (enesol) en el tratamiento de la sífilis. — El enesol ó salicilarseniato de mercurio es setenta veces menos tóxico que el yoduro mercúrico, y mucho menos irritante, de tal suerte que las inyecciones intramusculares de sus disoluciones casi no ocasionan dolor. Además tiene propiedades tónicas y dinámicas que debe al arsénico que entra en su composición.

El Dr. Barbulescu ha usado este medicamento con éxito en diversos períodos y formas de la sífilis, v. gr., en la iritis, en los gomas del velo del paladar y en varias sifílides secundarias, y lo aconseja en vez de las demás sales de mercurio. La dosis diaria es de 6 á 12 centígramos, y cada serie debe ser de 20 á 30 inyecciones.

(*Revista Sanitara Militara*). — R. del Valle.

La levadura de cerveza en las gastro-enteritis infantiles.—El Dr. P. Sittler aconseja en las gastro enteritis infantiles la levadura de cerveza seca diluída en agua ó en la infusión fría de té que se dulcifica con la cantidad necesaria de azúcar. La dosis varía de 1 á 3 gramos de levadura por día. A la

vez debe emplearse la dieta hídrica ó un régimen alimenticio apropiado según las circunstancias. Con esta medicación los vómitos tardan poco en cesar, las deposiciones pierden su fetidez y los demás trastornos desaparecen también. Estos resultados se obtienen aun en las gastro-enteritis graves que van acompañadas de fiebre. Algunas gastro-enteritis refractarias á los calomelanos, al bismuto, á las preparaciones tánicas y los lavatorios del intestino curaron con la levadura.

(*Bull. Medical*, 19 septiembre 1906). — F. Toledo.

Significación de los soplos cardíacos que se oyen en el curso del reumatismo articular agudo.—El Dr. Rossi demuestra con las historias de varios casos de reumatismo articular agudo, de la clínica de Génova, que antes de haber terminado un ataque de dicha enfermedad, no es posible formar juicio acerca de la significación y del valor sintomático de los ruídos cardíacos de soplo que se perciben á veces en el curso de tal padecimiento.

(*Gazz. degli ospedali è delle clin.*).—R. del Valle.

Tipos de sepsis puerperal.—El Dr. W. S. Stone divide la sepsis puerperal en dos clases : toxemias é infecciones generales. Las toxemias comprenden los casos que resultan de la absorción de los productos putrefactos de las bacterias saprofíticas y de los productos de las bacterias patógenas. Las primeras comprenden la mayor parte de los casos de fiebre puerperal. Las segundas son también muy frecuentes. Las infecciones generales las divide en tres clases : *flegmatia alba dolens;* los tipos llamados generalmente septicemía, piemia ó septicopiemia; y el tipo peritoneal, que es generalmente incurable con el tratamiento empleado hoy. Este tipo merece un estudio detenido, que permitirá quizá conocer los medios quirúrgicos susceptibles de curar las enfermas.—(*The Medical Record*, 11 agosto 1906).—F. Toledo.

Las afusiones frías en el delirium tremens. — El Dr. Broadbent refiere haber empleado con resultado excelente las afusiones frías repetidas en los casos de delirium tremens. Se desnuda el paciente y se le acuesta sobre una tela impermeable; hecho esto, con una esponja empapada en agua helada, se le lava rápidamente la cara, el cuello y el pecho; después se secan con una tohalla turca. Esta operación se repite una ó dos veces; luego se vuelve el paciente boca abajo y se lava y seca su cara, su superficie dorsal, de la misma manera. Al poco tiempo suele tranquilizarse el enfermo y al fin conciliar el sueño.

El procedimiento es muy conveniente, sobre todo en las casas particulares en que no se dispone fácilmente de baños y también en aquellos enfermos en que no parece oportuno el empleo de los narcóticos á causa de existir albuminuria ú otras afecciones que lo impidan.

Por último, el hecho de sobrevenir el delirio en el curso de una pulmonía, no contraindica el procedimiento de las afusiones frías.

(*Brit. Med. Journ.*). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UN CASO DE PERFORACIÓN INTESTINAL SIN DOLOR

POR EL

DOCTOR D. JUAN MADINAVEITIA

Médico de número, por oposición, del Hospital provincial de Madrid.

Hace tres meses, fuí llamado en consulta para ver á un señor de cincuenta años, que padecía una tifoidea de poca intensidad, pero con ligera nefritis. Siguió un curso regular durante dieciseis ó dieciocho días, y al cabo de ese tiempo, me llamaron nuevamente, porque se había presentado un accidente grave.

Unas horas antes de verle yo se había sentido malo repentinamente, y los compañeros que le asistían pudieron comprobar un estado de verdadero colapso, con falta de pulso. Después de varias inyecciones de alcanfor, cafeína, etc., se había hecho perceptible el pulso, que era pequeñísimo, irregular y tan frecuente, que no se podía contar.

¿Cuál era la causa de este estado? ¿Era de origen cardíaco ó podríamos encontrar en el vientre la causa? Me dijeron que no había dolor ni timpanización, ó más bien aumento de volumen de vientre. Al reconocerle, pensaba en una hemorragia intestinal, perforación, hemorragia del páncreas, etc. Podía haberse producido la hemorragia en el intestino y no haber salido aún la sangre al exterior; pero la percusión nos hubiera dado sonido mate, y en este caso daba sonido claro, así es que desechamos en seguida esta idea. Para ver si había perforación, fuímos á buscar la macidez del hígado, y vimos que había desaparecido. Este síntoma tiene toda su significación en este caso, porque no estaba abultado el vientre. Sabido es que el hígado gira alrededor de su eje transversal, y que cuando hay ascitis, gran

timpanización de vientre ó algo que pueda rechazar el hígado hacia arriba, se presenta á veces sólo el borde inferior contra la pared torácica, y en esos casos desaparece la macidez hepática, sin que haya aire en el peritoneo. Cuando hay neumotórax en el lado derecho, puede suceder lo mismo, por un mecanismo distinto.

Al diagnosticar la perforación, por la desaparición de la macidez hepática, tratamos de averiguar las condiciones en que se había producido y supimos que, faltando á lo que se le había ordenadò, bajó de la cama para defecar, y se sintió de pronto tan mal, que llamó á sus hijos creyendo que se moría. La causa de la perforación era muy evidente, y aun cuando faltaba el dolor y la timpanización grande del vientre, no dudamos en el diagnóstico.

El problema que se planteaba inmediatamente era el del tratamiento. Sabido es que hoy se aconseja la intervención quirúrgica en estas perforaciones, y que las estadísticas que se citan son cada vez más favorables, en los casos de intervención muy inmediata á la perforación, antes de que se desarrolle una peritonitis generalizada; pero ¿podíamos aconsejar la intervención con la depresión cardíaca que existía en este caso? Los cinco compañeros que nos reunimos, opinamos que no era prudente la intervención, á pesar de estar convencidos de que abandonado á sí mismo el enfermo, se moriría. Se insistió en la necesidad de seguir con los tónicos cardíacos y los opiáceos, absteniéndose de darle alimentos, bebidas ni medicamentos por la boca. Se convino en ponerle, cada seis horas, un enema de 250 gramos de agua templada, para que lo absorbiera y no le faltaran líquidos para la eliminación de los productos tóxicos.

Se pronosticó el aumento de timpanización, la peritonitis y la probabilidad de que se desarrollara pleuritis, porque la pleuritis acompaña á la peritonitis con muchísima frecuencia.

A las cuarenta y ocho horas tenía el enfermo un aspecto mejor, porque había desaparecido el colapso cardíaco y se había regularizado el pulso, pero mi pronóstico era tan malo como en los primeros momentos, porque había más timpanización, algún vómito, ruido de roce pleurítico en el lado derecho, en el sexto espacio, por delante; 120 pulsaciones, para 38°, lo cual correspondía muy bien á su peritonitis; cara abdominal y lengua puntiaguda con las papilas muy marcadas. Se murió del cuarto al quinto día de la perforación.

Yo he hecho la autopsia de otros dos tifoideos que se murieron de perforación intestinal y los dos se murieron del tercero al quinto día. La perforación pasa desapercibida en muchos casos graves, si no se

busca con cuidado. De esos dos casos uno era grave y otro no, pero los dos tuvieron dolor, uno de ellos muy intenso y el otro poco acentuado. Se pudieron diagnosticar bien en vida por la desaparición de la macidez hepática.

En el caso descrito, lo más notable es la falta de dolor; pero yo he visto bastantes casos de peritonitis (con autopsia), en los cuales el dolor es muy poco acentuado, tanto el dolor espontáneo como el provocado por la presión. Se dice que las vísceras abdominales son insensibles al dolor lo mismo cuando se cortan, se cauterizan, etcétera, y se supone que sólo el peritoneo parietal es sensible. Teniendo esto en cuenta, no deben extrañarnos estos casos de perforación sin dolor, aun cuando en la mayor parte de ellos hay dolor; porque antes de la perforación se han producido inflamaciones alrededor de la úlcera, que pueden provocar el dolor por linfangitis ó cualquier otro mecanismo.

Recientemente he hecho yo dos autopsias de peritonitis generalizada. Uno de ellos tenía dolores muy intensos espontáneos y á la presión. La peritonitis era principalmente parietal y había varias asas intestinales (del yeyuno), fuertemente adheridas á la pared anterior del vientre. El otro tenía ligera peritonitis generalizada y muy intensa sobre el hígado. Era un caso típico de pericolecistitis, con fuertes adherencias de la vesícula al colon transverso y al duodeno, producidas en un ataque anterior. Dentro de la vesícula había 13 cálculos. Este tenía muy poco dolor espontáneo y el provocado era también muy poco intenso. Como se ve, estos dos casos concuerdan con la hipótesis de que duele el peritoneo parietal y poco ó nada el visceral.

Teniendo en cuenta el caso de la perforación y estos dos últimos, concederemos cierto valor al síntoma dolor en la peritonitis, pero de acuerdo con lo que hoy se dice, no negaremos la existencia de la peritonitis, porque falte el dolor.

ESCARLATINA Á RECIDIVAS

(SIETE REINFECCIONES)

POR EL DOCTOR

D. ANTONIO MARTÍN MENÉNDEZ

Ex-médico del Hospital Militar de Mahón.

Ofrécenos de continuo la clínica observaciones tan curiosas, muchas de ellas desconocidas hasta un momento determinado, que al hombre más estudioso é investigador escapan, sin género de duda alguna, la explicación y el por qué de ciertos fenómenos patológicos, no siempre de fácil solución, por no consentirlo la índole de la ciencia biológica.

El caso que motiva la siguiente historia bien merece los honores de la publicación, ya que seguramente no habrá muchos como el por mí presentado. Sin yo dudar del crédito que los lectores de esta REVISTA concederán desde luego á semejante diagnóstico, quiero, tan sólo para honrar más este trabajo y hacer resaltar doblemente su importancia, citar los nombres de los profesores médicos que tuvieron ocasión de examinar al enfermo aludido en distintas épocas, siendo aquéllos los Dres. Gómez Tornell, Ustáriz, Figueroa, Sáez, Hergueta, Codina, González de Castro, Torregrosa y quien tiene el honor de suscribir esta historia. Cada uno de los mencionados profesores no vacilaron en diagnosticar la enfermedad de *exantema escarlatinoso*, habiéndolo formulado igualmente en la última infección el Dr. Codina Castellví, quien á la indiscutible competencia y autoridad científica de los restantes comprofesores, reune la doble circunstancia de haber tenido á su cargo durante varios años la clínica de enfermedades eruptivas en el Hospital Provincial de Madrid y ser autor de una notable obra que trata de dichas infecciones.

Cuenta nuestro joven enfermo (hijo del eminente y malogrado cirujano del Hospital General Dr. Gómez Pamo) veintiún años, y refiere que á los siete, y en el mes de mayo, fué atacado del primer brote de escarlatina, precedida ésta de una angina eritematosa, siguiendo la infección un curso normal y benigno, descamándose en la forma peculiar de esta afección, ó sea en grandes porciones de epidermis. Terminada la descamación, y próximamente á los cuaren-

ta días de haber enfermado, le dieron un baño por prescripción facultativa, á temperatura de 32° á 33°, y según manifiesta el paciente, al salir del agua ya se encontró mal, hasta el punto de tener ese mismo día fiebre, la cual fué progresivamente aumentando, y al siguiente día una nueva angina sirvió de comienzo á nuevo brote de escarlatina (núm. 2), más intenso que el anterior, tanto respecto á su duración cuanto á la extensión del exantema, descamándose con suma lentitud y en forma tal, que recuerda la familia del historiado se desprendían los trozos de epidermis en algunas regiones completamente enteros, entre ellos los dedos de las manos y plantas de los piés. Ni en este segundo ataque ni en el otro hubo la más pequeña cantidad de albúmina en la orina. Restablecido por completo de esta nueva reinfección, transcurrieron diez años sin novedad alguna, y al cumplir los diecisiete, y en el mes de febrero, de nuevo el germen de la escarlatina apareció en el acondicionado organismo del sujeto, haciendo el número 3, precedido igualmente de angina, siendo la erupción más extensa en las manos y piés, resultando el período de descamación si, en grandes porciones ó trozos, pero muy lento, por cuanto duró tres semanas; tampoco en este ataque se evidenció cantidad de albúmina alguna. En este mismo año, y en los últimos días del mes de junio, el cuarto ataque de escarlatina sorprendió una vez más al enfermo y no menos á la familia y médicos encargados de su asistencia, ofreciendo aquél la particularidad de no existir angina de período de invasión, y sí, en cambio, una intensa neuralgia dentaria y también frecuentes y violentos vómitos la víspera de aparición del exantema, no deteniéndonos á describir el curso de esta reinfección por carecer de interés clínico. Transcurrido un año, y en el mes de febrero, el estupor en todos fué la consecuencia al ver reaparecer en el enfermo un quinto ataque, sirviendo á éste de período prodrómico un acceso de gripe, con temperatura elevada (sin angina peculiar), y como la vez última, frecuentes vómitos; en cambio, la erupción fué acentuada, siendo largo el período de descamación y de convalecencia. El mes de marzo del presente año fué el preferido por el germen escarlatinoso para hacer la sexta aparición en nuestro castigado enfermo, pero esta vez sin molestia alguna ni fiebre, apreciando tan sólo el paciente el color rojo subido del exantema en muñecas, muslo izquierdo y labios (que se inflamaron bastante); no llegó á alterar su género de vida ordinaria; se hizo analizar la orina y hubo de apreciarse una cantidad de albúmina, no dosificada, pero sí muy pequeña; la

descamación comenzó á iniciarse en pequeñas porciones, y cuando aún restaban sitios por desprender (piernas y piés); y habiendo llegado en estas condiciones el día 24 del pasado abril, sintióse acometido de una molestísima y pertinaz neuralgia dentaria, y sospechando pudiese depender de la caries de algún hueso de la boca, hízose examinar dicha cavidad por un profesor dentista, el cual hubo de prescribirle un calmante, no obstante el cual no cedió la neuralgia, y al cumplir las cuarenta y ocho horas de iniciarse ésta, la temperatura se elevó bruscamente á 39°, amaneciendo al siguiente día con el séptimo brote de escarlatina, más acentuada en la mitad izquierda de la cara, lengua, velo del paladar, parte superior del pecho, muñecas, manos, piernas y piés (no hubo angina). La gráfica térmica en esta infección presentó la particularidad de sufrir un rápido descenso, pues después de los 39° bajó al siguiente día á 38°, á 37 1/2 al siguiente, y de aquí en adelante se mantuvo apirético. Los dos análisis hechos en la orina no acusaron albúmina. La descamación esta vez comenzó por las muñecas, palmas de las manos, dedos, talones, etc. Hoy, día 20 de septiembre, se encuentra el enfermo totalmente restablecido, aun cuando con el consiguiente sobresalto de recibir otra vez más las caricias de tan inoportuno huésped.

Hemos terminado la parte expositiva de esta excepcional historia, la cual se presta desde luego á ligeras consideraciones derivadas de la naturaleza del proceso; dichas consideraciones se refieren, la primera, á investigar la razón del por qué de la inextinguibilidad vital del germen escarlatinoso en este enfermo, vitalidad demostrada á mi entender por el sólo hecho de que las siete infecciones registradas fueron originadas, la primera sin tener duda en ello, por contagio, pero en cambio las seis restantes sobrevinieron por auto-infección ó infección autógena, y claro se está que para ello tuvo que mantenerse en estado latente el germen patógeno en las temporadas que mediaron de brote á brote, reviviendo por consecuencia de las favorables condiciones de verdadera idiosincrasia morbosa del sujeto paciente, y como no creo inverosímil ni desprovisto de razonamiento admitir que en la saliva y moco de la cavidad bucal en sus diferentes regiones anfractuosas es dónde seguramente perdura el agente productor del exantema referido á este mecanismo evolutivo, debemos atribuir, repito, las seis escarlatinas sufridas. Vienen en apoyo de esta hipótesis los experimentos de Hicker, experimentos que cita muy oportunamente el Dr. Codina en su obra de enfermedades eruptivas y que se refieren aquéllos á demostrar

la virulencia y contagiosidad del moco de la garganta y boca del escarlatinoso cuando se hacen inoculaciones en la piel. Otra particularidad digna de anotarse es la referente á la intensidad, forma de invasión y sintomatología de cada uno de los ataques sufridos, por cuanto hemos podido observar la marcada virulencia de alguno y en cambio la extremada benignidad de otros, como ocurrió con el sexto, en el cual el enfermo no interrumpió su vida ordinaria; asimismo la forma de invasión no deja de ofrecer particularidades una vez que el comienzo en tres ataques se manifestó por neuralgias dentarias y por gripe, y en lo que se refiere á la sintomatología ésta no ha podido ser más atípica, y lo demuestra así, tanto las particularidades de la temperatura cuanto la forma de descamación en los siete ataques, no dejando de llamar la atención la reacción albuminosa de la orina, pues que aquélla sólo hubo de manifestarse en el ataque ó brote más ligero. Después de todo lo dicho nada tendría de extraño no fuese esta la última vez que recidivase la escarlatina, máxime cuando á mi modo de ver y según dije ya, el germen persiste en estado latente en el moco de alguno de los repliegues de los pilares ó quizá en las fosas nasales. A conseguir la destrucción completa del germen infectivo hemos de dedicar nuestros esfuerzos profesionales, y para ello trataré de emprender una enérgica campaña de desinfección en las regiones anatómicas cuyas mucosas sirven de apropiado terreno de cultivo al agente microbiano, llegando hasta, si es preciso, á la pirocaustia.

He terminado cuanto de nuevo creo encierra la presente historia, no sin antes consignar una gran verdad y enseñanza que se desprende del citado caso, á saber: que en medicina, el enfermo es un libro abierto, en cuya última página jamás debe estamparse la palabra fin.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

Sumario: I. Relaciones entre la metereología y la hemorragia cerebral.—II. Sobre las horas de sueño de los niños.—III. La enfermedad de los pescadores de esponjas: hematomielia.—IV. Generalidades sobre parásitos.—V. Una epidemia de disentería bacilar.

I. Las relaciones entre la meteorología y la hemorragia cerebral no han sido objeto de estudios muy detenidos.

R. H. Watter llamó la atención sobre el papel que en la apoplegía de los predispuestos juega una presión barométrica elevada, especialmente después de una depresión más ó menos contínua; la acción sería nociva sobre arterias ya frágiles. León y Barton han referido el hecho, no á la presión, sino á las oscilaciones térmicas.

Más recientemente Russell, habiendo reunido, con otro objeto, todos los casos de hemorragia cerebral recogidos en Birmingham General Hospital, desde 1885 hasta 1902, se propuso estudiar las relaciones entre los accidentes meteorológicos y este otro accidente morboso, pero deduciendo los enfermos anteriores á 1891, pues hasta este año no se hizo la publicación periódica de las observaciones meteorológicas. Quedaron, en suma, 66 casos mortales, en los cuales la autopsia probó el hecho de hemorragia cerebral, y 62 no mortales, cuyo diagnóstico no es, por tanto, tan cierto.

Siendo la presión barométrica de 73'44 milímetros, por término medio, nota Russell que de los 66 casos mortales, 37 ocurrieron cuando la presión estaba por encima de la media y 29 por debajo; y de los no mortales, 34 y 28 respectivamente. En resumen, las hemorragias cerebrales son más frecuentes (5 : 4 ó más exactamente 71 : 57), cuando la presión es elevada.

Ha investigado, además, si aparte de la altura absoluta del barómetro, tenían influencia las variaciones de presión, y encuentra 71 casos mientras la columna subía y 57 mientras bajaba.

Respecto á la temperatura, el autor confirma la idea de que son más frecuentes las hemorragias cerebrales en el invierno que en el verano. De 241 casos admitidos en el Hospital desde 1885, hubo 134 de noviembre á abril, y 107 de mayo á octubre. Mas aparte de esta

influencia estacional, no cree que los cambios térmicos tengan valor etiológico por sí mismos: apenas si se nota un ligero aumento cuando el termómetro sube.

En cuanto á los vientos, los de baja presión son los más fovorables á estas hemorragias (92 casos por 36 en que la presión era inferior á la media). Un viento de baja presión coincidente con alta presión barométrica, parece constituir las condiciones más favorables para la hemorragia (*The Lancet*, 1906).

II. En el país de los *sports*, en Inglaterra, los más eminentes médicos é higienistas han pedido á *The Times* (diciembre de 1905), hospitalidad para publicar una carta relativa al *reposo* de los escolares, al *sueño* de los alumnos, no bien entendido ni atendido todavía. Demandan nueve horas de sueño en verano y nueve y media en invierno por término medio.

El perjuicio que se causa á los niños que trabajan mucho y no duermen lo suficiente en la época del desarrollo, es considerable: pierden atención, se fatigan pronto hasta en los juegos y recibe su cerebro un ataque del que tal vez no se reponga nunca y que podrá llevarles á la impotencia, quedando menos prestos para «la lucha por la vida».

E. Perier, aprovechando esta ocasión, insiste sobre el tema (*Les heures de sommeil dans l'enfance.—Ann. de Méd. et de Chir. infantiles*, 1906).

No sabemos lo que es el sueño, pero sí que nos sirve de reposo para todo el cuerpo, cuya actividad queda transitoriamente suspensa; después de él se entrega mejor el hombre al trabajo intelectual y al manual con más energía; representa un tercio de nuestra vida, repara fuerzas, permite el reposo de los músculos, sentidos y espíritu, y lo exige la vida de relación.

Hufeland (*L'art de prolonger la vie*), dice que está destinado á detener el curso del «consumo vital» y á impedir una destrucción rápida; regulariza la vida como al reloj el péndulo; reposando la vida intensiva, se alarga la vida total, pues aquélla, prolongada, es capaz de producir una especie de fiebre, la *fiebre de noche*. En este momento el sueño acude en nuestro socorro, nos pone en estado de pasividad, detiene el torrente del consumo vital y repara las pérdidas. Nada nos fatiga y abate tanto como el insomnio. Los mismos decanos del reino vegetal, los árboles, no vivirían tanto si no durmieran durante el invierno. «Quien duerme, come».

Si el hombre hasta cierto punto puede soportar la privación del

sueño, no ocurre lo mismo con el niño y el adolescente, cuyo cuerpo trabaja para el desarrollo y el cerebro se mantiene tenso por el trabajo contínuo. Sin él, enferman y languidecen, y el cerebro es menos resistente.

A los higienistas, no á los maestros, corresponde fijar las horas de sueño; á ellos se debe que en los Estados Unidos duerman los niños más que en Europa. De este modo logran mayor actividad en las mutaciones nutritivas y mayor energía. «El sueño es el mejor cordial del hombre» (Locke).

El niño recién nacido duerme veintiuna ó veintidós horas, y así puede duplicar su peso en cinco ó seis meses y alargar su cuerpo 20 centímetros en un año.

Hacia el fin del primer año duerme de doce á quince horas, y poco á poco se va *destetando* del sueño del día, y es el de la noche más prolongado y profundo, especialmente si el niño está sano y vigoroso; así agranda 4 á 5 centímetros anuales y aumenta 2 ó 3 kilogramos.

En la segunda infancia, hasta los seis ó siete años, dura el sueño unas doce horas consecutivas, y diez á los diez años.

Durante la adolescencia, los escolares franceses duermen todo lo más de siete á ocho horas, y menos los externos que se acuestan más tarde. Esta *ración de sueño* es más insuficiente en Francia que en Inglaterra, y se necesita el concurso de todos para corregir situación tan lamentable.

III. Un enfermo, pescador de esponjas y procedente de Sfax, ingresado en la clínica del profesor Boudet, de Lyon, constituye un caso raro de las varias formas morbosas que pueden presentarse en los buzos. Es una hematomielia. El ingreso fué hecho en mayo de 1905, con paraplegia completa de los miembros inferiores. Era bebedor, el día antes del accidente se había embriagado y efectuado el coito. Había descendido la segunda vez á la enorme profundidad de 72 metros y permanecido bajo el agua cuatro ó cinco minutos. No sintió molestia alguna hasta dos ó tres minutos de haber salido del traje de buzo; entonces hubo ruído de oídos, sensación de calor en el abdomen con náuseas y sin vómitos y dificultad para andar, que sólo pudo hacerlo apoyándose en la punta del pié. No perdió por completo el conocimiento y después de hacerle abluciones frías fué colocado en la cama. A las cuatro horas estaba paralizado de los cuatro miembros, tenía espasmos y dolores en las piernas y se quejaba de sed intensa. La orina no era expulsada por completo. La

parálisis de los miembros torácicos cesó á los quince días, pero quedaron paraplegia fláxida y durante un mes retención de orina y diarrea. Permaneció en cama cuatro meses y á los dos se inició rigidez de las piernas que fué aumentando poco á poco; á la retención sustituyó la incontinencia de orina y de las materias fecales. Hubo flictenas en el cóccix y piernas y una escara en el sacro.

Este accidente no es el primero que ha sufrido. En 1901 padeció uno semejante, pero transitorio.

Boudet decribe minuciosamente todos los síntomas y deduce existe una parálisis espasmódica con anestesia concomitante provocada por una hematomielia por descompresión rápida, un caso de enfermedad de los buzos.

En esta enfermedad los síntomas son numerosos, pero predominan los del sistema nervioso. Catsaras, que ha reunido muchas observaciones, los divide en espinales y cerebrales. Los espinales son: paraplegia fláxida ó espasmódica (forma central, espinal, lateral); á las veces asociación del síndrome espasmódico, con un síndrome fabético (forma central, espinal, posterolateral); otras síndrome sólo sensitivo con desórdenes del sentido muscular con abolición de los reflejos de los miembros inferiores (forma espinal posterior), ó bien monoplegia de un miembro inferior con anestesia del otro (forma intra-espinal), en fin, parálisis radiculares del plexo braquial. Los cerebrales se revelan por afasias motoras ó sensitivas, epilepsia jacksoniana, hemiplegia, manía transitoria, vértigo de Ménière y pérdida del conocimiento; los casos mortales son siempre apoplegías cerebrales.

Como accidentes extranerviosos, Catsaras señala dolores articulares y musculares, que simulan reumatismo agudo, hipertrofia hepática con ictericia, enfisema subcutáneo generalizado y hemorragia del cuerpo tiroides.

Los experimentos y las autopsias han dado á conocer la anatomía patológica: se trata, sobre todo, de pequeños focos de hematomielia y de reblandecimiento. En un perro sometido á siete atmósferas y luego á descompresión rápida (quince segundos), Blanchard y Reynaud observaron paraplegia espasmódica del miembro abdominal, que desapareció por completo; el examen microscópico de la médula demostró pequeños focos hemorrágicos, unos seis ó siete y sólo en la substancia gris y en toda su longitud menos en el abultamiento lumbar, y focos de mielitis parenquimatosa, muy extensos y que predominaban en la substancia blanca de los cordones laterales.

En todos los experimentos las hemorragias eran más graves y frecuentes en el cerebro que en la médula y algunas veces sólo existían en aquél. Si en las autopsias se ve más reblandecimiento que hemorragia, es poque se hace tarde la investigación. En suma, puede ser afectada toda la médula menos el asta gris anterior.

La *patogenesis* es hoy bien conocida. Lo que pasa en la médula puede ocurrir en otros órganos. Por el aumento de presión, los gases de la sangre, CO_2 y N, se disuelven en cantidad anormal (ley de Dalton); al cesar rápidamente resultan muy abundantes y se producen verdaderas embolias gaseosas en los vasos arteriales, constituídas casi sólo por N, según Bert. Determinan detención de la sangre, isquemia con reblandecimiento y después infarto hemorrágico. J. Lépine ha demostrado que, además de esta hemorragia por hiperemia colateral, hay otro mecanismo: la rotura vascular por rápido escape de los gases, es decir, habría una hematomielia primitiva.

En el enfermo de Boudet la etiología fué clásica. Descenso á 72 metros de profundidad ó sea á presión de 6'99 atmósferas, borrachera el día antes, bebedor habitual y excesos venéreos. Catsaras señala, además, entre las causas predisponentes, el enfriamiento, las afecciones pulmonares, la comida abundante antes de la inmersión, la fatiga, todas las cuales se oponen, en su concepto, á la eliminación del exceso de gases que la descompresión deja libres. Los pescadores de esponjas, al final de la campaña, están todos predispuestos á ser víctima de accidentes; aquélla dura seis meses, y según el relato de los interesados, de cada doce hombres que forman la tripulación del barco, al acabar hay, por término medio, cuatro con fenómenos nerviosos, y de estos cuatro dos terminan mal, en la muerte.

Es notable que estos paraplégicos, cuando todo parece conducir á la degeneración secundaria de los cordones piramidales, curan á la larga en su mayoría.

Catsaras usa una terapéutica muy especial: recompresión á 15 ó 20 metros de profundidad durante quince minutos, seguida de descompresión lenta; así, dice, se redisuelven las embolias gaseosas capilares y la sangre arterial, más oxigenada, regenera los tejidos.

Como profilaxis, debe tenerse en cuenta: 1.°, que la duración de la inmersión sea proporcionada á la profundidad á que se desciende y ha de variar entre una hora y algunos minutos, no debiendo ser aquélla mayor de 45 á 50 metros; si es de 60 no ha de durar nunca la inmersión más de treinta minutos; 2.°, que la descompresión debe

ser lenta, ocho ó diez minutos por cada atmósfera; lo que no se practica casi nunca; 3.°, que como las inmersiones demasiado frecuentes son peligrosas, no debieran efectuarse más de cuatro ó cinco diarias; 4.°, que, según la experiencia enseña, han de ser evitadas las causas extrínsecas, que hacen más peligrosa la inmersión. (*Bolletino delle Cliniche*).

IV. Guiart ha dedicado en este curso su primera conferencia de Historia natural médica á generalidades sobre *parasitismo*.

Habla de la *lucha por la vida* en los animales, que obliga á *asociarse*, ya á los de la misma especie, ya á los de especies diferentes. Cuando varios individuos de la misma especie están en íntimas relaciones unos con otros y tienen uno ó más órganos comunes, forman una *colonia* (coral, tenia), pero si están libres é independientes, viviendo en común, constituyen una sociedad (abejas, hormigas, hombres). Pero si son de especie diferente y viven en común, resulta el *comensalismo*, el *mutualismo*, la *simbiosis* ó el *parasitismo*: el comensal pide al que le alberga su alimentación y hasta con frecuencia su albergue (Rémora); el mutualista retribuye el hospedaje (Adamsia y Bernardo el Ermitaño); el simbiótico está tan unido á otro ser, que entre los dos forman uno solo (líquen, simbiosis de un alga y de un hongo).

El parásito se nutre á expensas del que lo lleva, pero en lugar de matarlo para alimentarse, se contenta con atacarlo cuando tiene hambre ó se instala á permanencia en él, llegando hasta desarrollar su prole. Se le puede definir: un ser vivo, vegetal ó animal, que pasa parte ó toda su existencia en la superficie ó en el interior de otro ser vivo más poderoso que él y á cuyas expensas vive.

Los parásitos pueden ser *accidentales*, es decir, que pueden vivir libres ó como parásitos (miriápodos y larvas de moscas), ó *parásitos propiamente dichos*, cuyo ciclo vital, aun cuando sea por breve tiempo, se efectúa como parásito.

Son *errantes* los que pasan fácilmente de un ser á otro, ya *intermitentes* (mosquito, pulga), ya *continuos* (piojo, sarna); son *fijos* los que, teniendo residencias muy limitadas, no pueden pasar espontáneamente de unos á otros (gusanos intestinales), ya *temporarios*, que viven más ó menos tiempo en el ser que los hospeda (unos cuando jóvenes, como las larvas de moscas, y otros cuando adultos, como el anquilostoma y la nigua), ya *permanentes*, que viven en él toda la vida (triquina).

Hay, por tanto, todos los intermedios entre la vida libre y la pa-

rasitaria, siendo de notar que á medida que el parasitismo se manifiesta más, la organización se simplifica.

Los *parásitos monoxenos* (μονος, uno solo; ξενος, huésped) son aquellos cuya evolución se efectúa en un solo albergue; los *heteroxenos* (ετερος, diferente) son los que necesitan varios albergues sucesivos, en cuyo caso se dice hay *generación alternante*. El ser que atraviesa el parásito durante su vida larvaria es el albergue *provisional*, y durante la adulta el *definitivo*. Generalmente el provisional es un animal acuático ó herviboro y la larva se aloja en los tejidos profundos ó en cavidades cerradas; el definitivo, por el contrario, es de ordinario carnívoro y el parásito reside en los órganos que comunican con el exterior, y de ese modo puede expeler los huevos afuera y diseminar la progenitura. Los parásitos más interesantes no son siempre los que tienen al hombre como huésped definitivo (quiste hidatídico, hematozoario del paludismo).

Respecto á la acción, la inocuidad se debe en gran parte á la residencia (*habitual*); también influyen la virulencia de las toxinas producidas y las posibles inoculaciones de la sangre por los parásitos hematófagos. (*Le Progrès médical*, 1906).

V. Refiere Duchesne, de Gournay-en-Bray, una epidemia de disentería bacilar interesante en varios conceptos (*Normandie médicale*).

En las deposiciones ha sido encontrado por el profesor Guerbet, de Rouen, el bacilo que han descrito varios autores, y especialmente Chantemesse y Widal, Vaillard y Dopter, Auché, confirmándose una vez más la especificidad de la disentería bacilar. Duró la epidemia siete semanas, hubo 38 casos, 8 de ellos mortales, casi todos niños y viejos.

El cuadro clínico clásico fué completo.

Hecho raro en estos casos: se averiguó el origen de la epidemia. El primer enfermo fué un joven de dieciocho años, que permaneció veinticuatro horas en una casa en que había estado hasta cuarenta y ocho antes un soldado de Compiegne con permiso; cuando éste llegó al regimiento estaba enfermo de disentería y fué uno de los primeros casos de la epidemia que en esta capital hubo, tanto en la población civil como en la militar.

El joven presentó los primeros síntomas á los seis días y sembró alrededor la epidemia, tanto en el pueblecito en el que estuvo los primeros días, en el que hubo tres casos casi inmediatamente.

El agua, como vehículo, si ha desempeñado papel, ha sido muy restringido, pues en la mayoría de casos fué de todo punto imposible

determinarlo. En cambio, la rapidez de propagación, los focos de ordinario contiguos, su agrupamiento en un perímetro limitado, parecen probar que se diseminó por contagio, por contacto directo ó indirecto, con personas ú objetos contaminados. Es posible también que el aire transportara gérmenes procedentes de materiales infectos vertidos en el campo ó en los estercoleros. Los grandes calores (25 julio á 20 agosto) han debido contribuir á la difusión.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

I. Sobre la reposición de los Subdelegados dentistas, por D. Luis Subirana Matas. Madrid, 1905.
II. Contribución á la terapéutica conservadora de los dientes, por don José Boniquet. Madrid, 1905.
III. Etiologie, prophylaxie et therapeutique de la tuberculose, por el doctor J. Ferrán. París, 1908.
IV. Evolution de la tuberculose, por J. Ferrán. Zaragoza, 1904.
V. Immunisation des cobayes contre la tuberculose, por J. Ferrán. París, 1905.
VI. Etudes sur le saprophytisme des bacilles tuberculogénes, por J. Ferrán, 1905.

I

Es un artículo de 8 páginas en 4.° que respira energía y convicción, que es respetuoso sin perder ocasión de rebatir con toda claridad el argumento contrario, y que, apoyado en la firme base de los intereses morales de la dignificada clase de los dentistas (que el señor Subirana es de los que más la honran, por sus excepcionales condiciones de inteligencia y laboriosidad) y del público en general, no descuida la defensa de los intereses materiales á que está naturalmente obligada toda colectividad profesional si no quiere perecer en esta constante lucha por la vida.

II

Folleto de 12 páginas en 4.° y cuatro figuras originales, donde su inteligente autor refiere cinco observaciones y alude á algunos casos que demuestran la posibilidad de conservar las raíces de los

dientes, aun en las excepcionales condiciones de haber sufrido diferentes accidentes ó mutilaciones que en otras épocas y tal vez en otras manos hubieran sido considerados como francas indicaciones de avulsión.

III

Fruto de una laboriosa é interesante serie de investigaciones personales son los cuatro opúsculos que ha publicado el ilustre bacteriólogo Dr. Ferrán, de los cuales vamos á dar, en forma sintética, una idea al lector.

En éste, partiendo de la pluralidad etiológica de la tuberculosis, admite que hay un grupo de bacterias que pertenecen al colibacilar y que llama tuberculógenas, cuyo efecto patógeno consiste en una flegmasía intersticial del bazo, hígado y pulmones, y secundariamente en una acción tuberculógena adquirida cuando han conseguido vegetar en el núcleo de los leucocitos, no siendo necesario que sean bacterias ácidas, como el bacilo de Koch, para que desarrollen bien dicha acción. De ahí dos razas ó dos períodos de una raza de bacterias: las primeras que llama tisiógenas y las segundas tuberculógenas. En estas ideas funda la creación artificial de una inmunidad contra la flegmasía pretuberculosa, inyectando cultivos muertos de bacilos tisiógenos, no ácidos y aun no aclimatados á la vida endonuclear, con los cuales afirma que también se puede obtener un suero curativo. Termina este trabajo detallando la forma cómo debe emplearse el suero antifímico, consignando que, para que se obtengan con él buenos resultados, es necesario que se aplique con oportunidad, es decir, antes de que aparezca el bacilo de Koch en los esputos.

IV

El epígrafe de este trabajo revela claramente su contenido: *Evolución de la tuberculosis provocada en los cobayas por el bacilo tisiógeno ó espermígeno contenido en los esputos de las personas que padecen tuberculosis pulmonar y género de alteraciones tuberculosas que pueden eficazmente combatirse por el suero antifímico procedente de los animales inmunizados con las toxinas de dicho bacilo.* Y en efecto, después de afirmar que el bacilo tisiógeno constituye un estado saprofítico del bacilo de Koch, expone detalladamente la evolución anatomopatológica de la tuberculosis provocada por el bacilo tisiógeno, y acompaña el texto con 12 microfotografías estereoscópicas en lo que se refiere á la localización pulmonar del pro-

ceso. De sus originales ideas, complemento y ampliación de las expuestas en trabajos precedentes, deduce en síntesis que la flegmasía inicial ó pretuberculosa se evita inmunizando los cobayas con cultivos muertos del bacilo tuberculígeno y se cura con el suero de animales hiperinmunizados con los mismos cultivos. Por fin, después de algunas consideraciones referentes á la complegidad del problema patogénico, profiláctico y terapéutico de esta terrible enfermedad, consigna convencido de que en el segundo período del proceso un suero curativo no sólo debe contener una antituberculina, sino que también antitoxinas específicas, las cuales, según manifiesta su ilustre autor, no hay ningún suero antituberculoso de los que se emplean que las contenga.

V

Es una nota breve presentada al Congreso de la tuberculosis que se celebró en París en 1905. Fundado en las ideas propias que acabamos de exponer, y ampliadas en el sentido de que la flegmasía pretuberculosa es provocada por toxinas solubles, que á su vez son las engendradoras de anticorps, y que el tubérculo es provocado por toxinas fijas que no determinan la formación de anticorps, afirma que ha llegado á la solución práctica del problema de la vacunación, no contra la tuberculosis, sino contra la infección que la precede y que conduce á la formación de los tubérculos. Termina exponiendo algunos hechos experimentales que hablan en pro de la tesis sustentada.

VI

Constituye este folleto, presentado también al Congreso de la tuberculosis que se celebró en París en 1905, una colección de notas acerca de esta enfermedad, entre las cuales figura la que hemos analizado precedentemente, y cuya lectura pondría al lector en camino de conocer fácilmente la parte fundamental de la obra investigadora y experimental llevada á cabo por el ilustre bacteriólogo catalán. Para evitar repeticiones, sólo mencionaremos la nota VII, donde afirma que entre los cobayas no sólo no se transmite la tuberculosis por herencia, sino que ni la predisposición ; al contrario, lo que se transmite es una ligera inmunidad, afirmación que me recuerda un trabajo del Dr. Lozano, de Madrid, donde se hacía análoga afirmación con respecto á la especie humana.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Avances urológicos. — El Dr. Pulido y Fernández ha publicado acerca de este asunto una interesante Memoria, de la que copiamos las conclusiones:

«Aunque la índole de este trabajo hace que no pueda ser resumido en proposiciones breves, capaces de condensar la materia tratada en cada uno de sus capítulos, para ajustarme por completo á lo dispuestos en el Reglamento vigente sobre Memorias de los pensionados, me permito establecer las siguientes conclusiones:

1.ª La blenorragia es una enfermedad de graves consecuencias individuales y sociales. Su prevención más eficaz es fruto del propio esfuerzo. La acción restrictiva, forzosamente limitada, del Estado, debe siempre inspirar una saludable desconfianza. A los Gobiernos, Diputaciones, Ayuntamientos y agrupaciones que gozan de autoridad y medios para imponerla, corresponde extender entre el público los conocimientos actuales sobre la blenorragia, su contagio y prevención.

2.ª El concepto médico sobre la blenorragia se encuentra en plena evolución, y son muchos los puntos obscuros que en él se hallan. Para llegar á un acuerdo anatomopatológico y terapéutico precisa todavía el esfuerzo de muchos especialistas.

3.ª Continúa siendo indispensable la sonda para el tratamiento de gran número de prostáticos, aunque es necesario admitir que los progresos de la cirugía especialista han abierto nuevas vías de curación en enfermedad que, como la hipertrofia de la próstata, puede acarrear la muerte por tantos y tan terribles mecanismos.

4.ª Es muy pronto para proclamar en absoluto como mejor cualquiera de los procedimientos operatorios de extirpación de la próstata. Es de creer que la elección de procedimiento dependerá de las indicaciones que haya de llenar en cada caso. Los adelantos de la ciencia quirúrgica harán menos peligrosa esta operación, y como los enfermos acudirán á ella en estado menos lastimoso, sus resultados serán más brillantes.

5.ª La cistoscopia es un método de exploración indispensable al urólogo, que permite diagnósticos rápidos incapaces de ser establecidos por otros métodos.

6.ª El examen de la función renal constituye uno de los más transcendentales adelantos de la especialidad urológica. El cateterismo de los uréteres es el medio más científico para establecerlo.

De cuantos métodos de examen funcional se han propuesto hasta el día, el de la floricina y el de la poliuria experimental son los que parecen más eficaces. La transcendencia de estos métodos es tal, que permite decir: «Ningún operado de nefrectomía debe morir de insuficiencia renal».

Traqueotomía in extremis.—El Dr. D. Santiago Fabió, publica en *La Medicina de los Niños*, de Barcelona, el caso referente á F. C., niño de diecisiete meses, robusto y bien desarrollado, criado primero por su madre y más adelante con biberón; tuvo la dentición precoz; dos incisivos á los cuatro meses, en la actualidad tiene todos los incisivos caninos y cuatro molares. No ha padecido ninguna enfermedad de importancia hasta la actualidad.

La enfermedad empieza por un simple resfriado, sin alarmar á los padres, por más que al día siguiente lo llevaron á la consulta de un colega, el doctor B. Guilera, el cual no encuentra nada de importancia en la primera visita.

Con rapidez apareció al día siguiente la tos ronca y al mismo tiempo la voz se apagó, haciéndose ronca también, presentándose un cuadro que alarmó un poco á la familia, y al ser examinado por un colega, les declaró en el acto que se trataba de un caso grave y que era preciso intervenir con urgencia, pues los síntomas iban precipitándose con suma rapidez por presentarse ya un poco de tirage; á todo esto no aparecía ninguna falsa membrana en las fauces; sólo se presentaban claras las señales de obstáculo y obstrucción laríngea. Como el niño presentaba tirage completo y muy acentuado y en un período verdaderamente asfíctico, dispuso que se hirvieran los instrumentos, y mientras se preparaba para hacer la traqueotomía, el enfermito quedó colapsado, sin respiración; sin ninguna precaución antiséptica, pues el caso no lo permitía, sin tiempo para aguardar á que hirviera los instrumentos, cogió al enfermito, y sin ayudantes, á la luz de dos bujías y encima de una mala cama, se dispuso á traqueotomizar; hizo la incisión en dos tiempos y una vez que creyó haber abierto la tráquea, introdujo el dilatador de dos ramas; acto contínuo apretó un poco el pecho del paciente y comprendió que salía un hilito de aire por el agujero traqueal; con esto se convenció de que no había errado el golpe, introdujo inmediatamente la cánula, haciendo acto seguido la respiración artificial; al segundo movimiento de brazos, el niño ya hizo una larga inspiración seguida de otra y otra, hasta volverse á normalizar la respiración. Desapareció luego el tinte amoratado de su rostro y labios, y todo se fué normalizando. Después de dejarle un rato tranquilo, colocándole botellas de agua caliente para reaccionarle, sin ser necesaria una inyección de éter que ya tenía preparada, le practicó una inyección de suero Roux (20 cent. cúb.).

Al día siguiente por la mañana el niño seguía bastante bien; 28°,5 de temperatura, pulso débil, 120 pulsaciones por minuto, respiración tranquila y poco frecuente. Había dormido bastante. La orina normal, lo mismo que las deposiciones. En la garganta habían aparecido dos falsas membranas que cubrían la parte posterior de ambas amígdalas. En el aparato respiratorio estertores mucosos diseminados y abundantes en toda la parte posterior. Le limpió la cánula y le dejó con la misma prescripción del día anterior.

Por la tarde seguía el mismo estado satisfactorio de la mañana, le inyectó nuevamente 10 cent. cúb. de suero Roux.

A la mañana siguiente habían desaparecido las placas de la garganta, y en vista del estado tan satisfactorio del paciente intentó sacar la cánula,

pero se vió obligado á colocarla nuevamente por reaparecer la asfixia. Los bordes de la herida traqueal se habían cubierto de falsas membranas.

Así continuó sin ningún contratiempo y al cuarto día por la mañana retiró la cánula traqueal, el niño respiraba bien, la herida estaba limpia de falsas membranas, la curó y le dejó.

Nada más de particular, la herida había cicatrizado á los tres días de retirada la cánula, la voz fué reapareciendo muy confusa en los primeros días, bastante clara á los ocho ó diez, normalizándose completamente más adelante.

Ninguna complicación ha venido á dificultar el éxito de este caso, que es de aquellos que dejan satisfecho verdaderamente al que ha intervenido y pagan así las angustias que se pasan durante la intervención.

Este, dice el Dr. Fatjó es un caso como hay muchos de crup primitivo, *crup d'emblée* que llaman los franceses, difteria muy intensa que invadió primeramente la laringe y por esto no pudo ser diagnosticada claramente al primer momento y que por su gran intensidad produjo con la rapidez que ha mencionado (veintidos horas), la asfixia del enfermito, que á no llegar oportunamente, hubiera concluído con su vida. Gracias á la intervención y gracias á la eficacia del suero Roux, este niño pudo ser arrebatado de las garras de la muerte, que ya había hecho presa en él. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

Sesión del día 2 de Octubre de 1906 (1).

La sífilis de las mujeres honradas. — El Dr. Fournier: En la clientela civil, de entre las mujeres sifilíticas, la mujer honrada representa el quinto del total, proporción considerable é inesperada; pero así resulta de una larga y cuidadosa estadística. Las mujeres casadas, sifilíticas, han sido contaminadas en dos condiciones distintas; en una el marido había contraído la sífilis antes de casarse, y en la otra la contrajo después del casamiento. La primera condición es mucho más frecuente puesto que representa dos tercios de los casos. La posibilidad de la contaminación de la mujer después de casarse es de lo más variable; se la ha observado desde el primer mes y poseo casos auténticos en que la sífilis se ha presentado en el tercero, cuarto y hasta séptimo año. Estas grandes diferencias entre la data de las contaminaciones, nada tiene de sorprendente para mí, puesto que son debidas á la diversidad en la data de aparición de los accidentes contagiosos en el marido sifilítico. Las contaminaciones precoces, entre

(1) Primera del curso académico actual.

las que señalaré un caso en que se presentó á los veinte días del casamiento, se explican por la frecuencia de las erosiones en el miembro durante los días subsiguientes á la boda, en que él coito suele ser frecuente; en otras ocasiones el principio de un accidente específico es considerado como un herpes, al cual el marido no presta atención. Algunas veces el matrimonio tiene lugar hallándose el marido en período de incubación de la sífilis. En tales casos, éste ha sido contaminado después de la despedida de su vida de soltero, es decir, poco antes del matrimonio, y los primeros accidentes se desarrollan insidiosamente; el marido cree, al principio, en una rozadura, en una vesícula de herpes, en cualquier cosa, por la que no se inquieta. Alguna vez también se trata de individuos que se han casado llevando un chancro infectante.

Sea en una forma, sea en otra, la contaminación de las mujeres se verifica, en la inmensa mayoría de los casos, en el primer año que sigue al matrimonio. Un punto importante es la determinación de la edad de la sífilis del marido en el momento del matrimonio. Es inferior á tres años en los dos tercios y sólo en un tercio tiene más de tres años, lo cual era de presumir, pues es bien sabido que sífilis joven es sífilis activa. La consecuencia que de este dato se desprende es que los sifilíticos se casan muy pronto en relación con la edad de su sífilis. ¿A qué es debido? A los médicos en una mínima parte y á los enfermos en la casi totalidad. Algunos médicos son muy accesibles para autorizar el matrimonio á los sifilíticos.

Un maestro americano se contenta con exigir dos ó tres años de tratamiento; pero es poco. Conviene tener presente un dogma: es necesario, para que un sifilítico no sea peligroso y pueda casarse, mucho tiempo y mucho mercurio. Antes creía que eran suficientes tres ó cuatro años de tratamiento, pero he rectificado; me parecen pocos. Ahora pido cuatro ó cinco años y hasta es posible, si aún vivo algunos años, que no sea esta mi última palabra.

En cuanto á los enfermos, hay primero los *cínicos*, que saben los peligros á que exponen á la mujer con quien van á casarse, los hijos que nacerán de este matrimonio, y que, sin embargo, cometen esta mala acción, puesto que alcanzarán una dote que les permitirá gozar de una buena posición. Son más numerosos los *indiferentes*. No tienen accidentes cuando se ha de realizar el matrimonio; han olvidado lo que se les había dicho; no se preocupan de ello... y se casan. Los *ignorantes* forman la gran masa. Cuando se les interroga, os contestan: «No teniendo nada, yo no me creía enfermo; nunca pensé que pudiera hacer enfermar á mi mujer, ni tener niños enfermos». *Es necesario disipar esta ignorancia; es necesario levantar una cruzada contra el peligro venéreo.* Es necesario sostener contra la sífilis una campaña como la que se sostiene contra el alcoholismo, tuberculosis, etc., la cual ha comenzado ya en el ejército, gracias á nuestros colegas militares, á los jefes, á los oficiales, en las grandes escuelas del Gobierno y en la Universidad. Se han dado conferencias populares en las Alcaldías; es necesario que este movimiento se agrande y se extienda por todas partes. Los hechos de contagio lejano, pues existen casos auténticos hasta en el noveno año del matrimonio, se explican muy bien por un dato recientemente adquirido, esto es,

por las sífilis secundarias tardías, de las que me ocuparé en la sesión próxima.

De la etiología del paludismo.—El Dr. Kelsch: En el trabajo que presento se ve claramente que la distribución geográfica de los anofeles no responde más que imperfectamente á la del paludismo, lo cual hace pensar que la teoría anofélica no basta para explicar todos los casos de paludismo.—(*Bull. Med.*, núm. 78).—Codina Castellví.

ASOCIACIÓN FRANCESA PARA EL PROGRESO DE LAS CIENCIAS

XXXV sesión anual celebrada en Lion del 2 al 9 de Agosto de 1906.

(Continuación).

Tratamiento de las enfermedades de los órganos hematopoyéticos por los rayos X.—El Dr. J. Belot: I. **Leucemias.** — De todas las enfermedades de los órganos hematopoyéticos las influídas de un modo más favorable por los rayos X son las leucemias crónicas. Los resultados obtenidos en la leucemia mieloides y en la linfática son del mismo orden, aunque no idénticos por completo. Las modificaciones recaen á la vez sobre la sangre, el bazo, las adenopatías, cuando existen, y sobre el estado general.

Acción sobre la sangre.—El número de los glóbulos blancos, aumentado de un modo anormal, disminuye progresivamente con más ó menos rapidez, según los casos, y concluye por hacerse fisiológico. Aubertin y Beaujard han demostrado que en la leucemia mielógena la disminución del número de leucocitos no es progresiva de una manera regular. En cambio en las leucemias linfáticas la disminución del número de los leucocitos sigue una marcha progresiva bastante regular y no es precedida de aumento. Una vez que principia la disminución del número de leucocitos continúa si el tratamiento se emplea con regularidad; persiste en el intervalo de dos sesiones semanales, lo que, según Beaujard, indica al parecer que el suero contiene substancias leucotóxicas.

Las modificaciones del estado leucocitario son cualitativas y cuantitativas. Bajo la influencia del tratamiento, el número de los polinucleares supera poco á poco al de las formas patológicas.

En la leucemia mieloide el número de los mielocitos desciende con rapidez y el de los polinucleares aumenta progresivamente. En la leucemia linfoide la mejoría cualitativa tarda más en producirse y hasta al parecer es consecutiva á la leucopenia. Nunca se insistirá bastante sobre el hecho siguiente: el efecto más intenso se deja sentir sobre los mielocitos en la leucemia mielógena y sobre los linfocitos en la linfoide. A la vez que disminuye el número de los glóbulos blancos aumenta el de los rojos. Al mismo tiempo que aumenta el número de los glóbulos rojos aumenta también su proporción de hemoglobina y su peso específico.

Acción sobre el bazo. — Los bazos más hipertrofiados disminuyen progresivamente de volumen y concluyen por recobrar las dimensiones nor-

males. Se observa con frecuencia bazos que llenan la mitad del abdomen, desde el diafragma al pubis y al ligamento de Poupart, que sobresale 10 á 12 centímetros del ombligo, y que recobran sus dimensiones normales en pocos meses. Uno de los primeros síntomas de la disminución de volumen de este órgano es de ordinario su mayor movilidad; es posible movilizarlo fácilmente por la palpación abdominal.

Acción sobre los ganglios. — La regresión de los tumores ganglionares es perfecta. Aun con dosis relativamente débiles se ve sobrevenir con rapidez una disminución indiscutible. Se observa, en primer término, disminución en globo de la masa; la piel está menos tirante, el tumor más blando y más movible; los diferentes ganglios de que está compuesto han adquirido mutuamente mayor movilidad. El enfermo se da cuenta exacta de la mejoría; recobra los movimientos que había perdido. Estos fenómenos se acentúan progresivamente, y al poco tiempo sólo quedan algunos vestigios de la enfermedad. Esta acción se ejerce aun sobre las adenopatías intratorácicas.

Acción sobre el estado general.—Uno de los efectos más curiosos de la radioterapia es la desaparición de la fiebre cuando existe: desaparece de ordinario desde el principio del tratamiento y no vuelve á presentarse si éste se continúa. Lo mismo acontece con los sudores nocturnos, el estado apático y la anorexia. Todos estos resultados se obtienen con gran rapidez. A los diez, quince ó veinte días de tratamiento los leucémicos más caquécticos adquieren mejor color; aumenta el apetito y disminuye la disnea; pueden andar y subir las escaleras, cosa imposible antes. Los dolores se calman, el enfermo puede dormir, recobra sus fuerzas... y animado por esta mejoría continúa con regularidad su tratamiento.

La albuminuria, cuando existe, desaparece con rapidez; los edemas persisten más, pero concluyen por desaparecer á medida que disminuye la hipertrofia de los órganos; es probable, en efecto, que sean debidos en parte á la compresión. El aumento de apetito produce, como es natural, el de peso. Sin embargo, no cabe la menor duda de que la mejoría del estado general es al parecer más constante en la leucemia mieloide que en la linfoide.

Se obtienen de ordinario los mismos resultados excelentes cuando el estado leucémico se manifiesta por la presencia en la sangre de leucocitos de formas patológicas, ó por una simple modificación de equilibrio leucocitario, sin aumento del número de glóbulos blancos. Hay, por lo tanto, derecho á decir que los rayos X constituyen la *medicación específica* de las leucemias, pero haciendo la salvedad de que las formas mieloides son influídas al parecer de una manera más rápida y favorable que las linfoides. Es excepcional no ver mejorar más ó menos por la radioterapia una leucemia crónica mieloide ó linfática; en cambio el fracaso es la regla en los enfermos, por fortuna rarísimos, de leucemia aguda ó subaguda. La acción de los rayos X es nula en la leucemia aguda, tanto desde el punto clínico como del hematológico; en las formas subagudas se observan modificaciones hematológicas y de los tumores, pero no se retrasa de ordinario la terminación fatal, probablemente á causa del carácter difuso del proceso. Algunos enfermos, aunque mejoren, mueren al fin; en ellos la radioscopia no hace

más que retrasar la muerte; estos casos se harán cada vez más raros á medida que se emplee antes el tratamiento. En otros se observa mejoría grandísima y hasta curación aparente, pero después de una remisión más ó menos larga aparecen otra vez los accidentes; el tratamiento empleado de nuevo contiene los fenómenos morbosos en unos, pero en otros es ineficaz por completo y sobreviene la muerte. Otros leucémicos presentan desde hace mucho tiempo el aspecto de curados.

II. **Pseudoleucemias.**—Divido las pseudoleucemias en tres grupos:

a) Las afecciones en las que el síntoma predominante es la *esplenomegalia*;

b) Aquellas otras en las que predominan las *poliadenopatias*;

c) Las que se caracterizan por *anemia pronunciada.*

Esplenomegalias aleucémicas.—Parece muy dudoso *a priori* que las esplenomegalias debidas á la degeneración amiloidea, á la estancación sanguínea, á la hiperplasia del armazón fibroso ó á algún otro proceso análogo, sean influídas por la radioterapia; otro tanto diré de los bazos sifilíticos y palúdicos. En cambio, puede esperarse la mejoría, más ó menos marcada, más ó menos rápida, si la esplenomegalia es debida al desarrollo anormal del tejido adenoideo.

Los resultados clínicos confirman, al parecer, esta hipótesis; hay, por lo demás, derecho á preguntar si el diagnóstico era exacto en las afecciones mejoradas. Las esplenomegalias combinadas con lo que se llama en Alemania la pseudoleucemia, con ó sin hipertrofia de los ganglios, infarto de las amígdalas, son casi siempre influídas, con más ó menos rapidez, por la radioterapia; el substratum anatómico es un linfoma.

Krause ha tratado tres casos de anemia esplénica. Aunque las irradiaciones fueron continuadas durante mucho tiempo, no se observó regresión de la esplenomegalia, el estado general quedó estacionario, el número de eritrocitos aumentó algo y el de leucocitos descendió; pero la afección terminó por la muerte. Bozzolo y Guerra han visto en la enfermedad de Banta disminuir el volumen del bazo bajo la influencia del tratamiento radioterápico; pero queda por averiguar de qué naturaleza era la esplenomegalia. La hipertrofia esplénica combinada con la poliglobulia no es influída, al parecer (Vaquér y Laubry).

Finalmente, entre los casos de esplenomegalia de origen desconocido, unos son influídos y otros no se modifican lo más mínimo. Esta diversidad de resultados es debida, probablemente, al distinto origen de la hipertrofia esplénica. Creo que los bazos que disminuyen de volumen bajo la influencia de la radioterapia, son *tuberculosos.* Pero ante la impotencia habitual de la terapéutica está indicado ensayar el tratamiento radioterápico en todos los casos de esplenomegalias; será abandonado si á los dos meses no se observa mejoría.

Poliadenopatías. — Esta clase comprende toda una categoría de enfermos en los cuales se encuentra, cómo síntoma clínico predominante, la hipertrofia crónica de los ganglios, sin alteración notable de la sangre. Separo el linfosarcoma que, según toda probabilidad, pertenece á las neoplasias; creo, no obstante, conveniente indicar cuán difícil suele ser el diagnóstico; hasta la histología es en ciertos casos impotente, de lo que se

deduce que la línea divisoria entre esta afección y el grupo de las adenias no es tan perfecta como pudiera creerse.

Entre los enfermos de poliadenitis, algunos son tuberculosos pulmonares típicos, y en ellos se impone el diagnóstico de adenopatías bacilares; pueden hallarse en diferentes períodos de evolución en un mismo enfermo. La existencia de ganglios supurados confirma el diagnóstico, en ocasiones tan dudoso.

Los rayos X bien aplicados producen, en general, pero no siempre, la disminución de las adenopatías tuberculosas crónicas que no manifiestan tendencia á supurar; es raro conseguir la regresión completa. La ganga de periadenitis que reune en un solo tumor varios ganglios, se funde con más ó menos rapidez; la regresión de los ganglios es muy lenta. Los resultados que se obtienen en las adenitis abiertas y supuradas y en las lesiones que las acompañan, son de ordinario muy favorables; la cicatrización es rápida en condiciones estéticas, á veces inesperada; en cambio, este tratamiento favorece, al parecer, la degeneración caseosa de las adenitis agudas; no debe, por lo tanto, recomendarse.

Al lado de estos enfermos, en los que es posible precisar la etiología, existen otros muchos con poliadenitis más ó menos voluminosas, más ó menos simétricas, que van acompañadas ó no de esplenomegalia, de anemia relativa y de síntomas generales más ó menos alarmantes, fiebre, disnea, anorexia, etc. En algunos se sospecha la tuberculosis, pero nada permite afirmarlo; en otros, el volumen de las adenopatías, su evolución rápida, hacen sospechar la linfadenia. No se sabe, en realidad, á qué atribuir los síntomas que se observan. Es imposible hacer el diagnóstico exacto. En ciertos casos, la prueba de la tuberculina permite resolver el problema. Creo preferible, por el pronto, designar estas afecciones, quizá muy diferentes en realidad, con el nombre genérico de adenias (Trousseau).

La radioterapia determina con frecuencia la regresión de estas masas ganglionares con rapidez sorprendente; los fenómenos generales se mitigan á la vez. Al lado de los casos en los que el tratamiento produce, si no la curación, al menos una mejoría inesperada y á veces durable, hay algunos influídos muy pocos y otros que son refractarios por completo. Los casos influídos de un modo más favorable, son en realidad las leucemias linfáticas incipientes, en las que la fórmula sanguínea es aún normal ó está poco modificada (aumento ligero de la proporción leucocitaria), por ejemplo. ¿Se trata quizá de afecciones diferentes? Creo, sin embargo, útil manifestar que cuanto más largo es el tiempo transcurrido desde la aparición de las poliadenopatías, menores son las probabilidades de éxito.

Anemias.—Los resultados obtenidos no son muy satisfactorios. En un caso de anemia perniciosa, Krause sólo observó disminución progresiva del número de eritrocitos, á pesar del tratamiento enérgico. Otro enfermo mejoró, al parecer; pero murió al fin á consecuencia de su afección. L. Rénon y L. Tixier han referido recientemente un caso de anemia perniciosa tratado con éxito por la radioterapia y las inyecciones de suero antitóxico. El fracaso es, sin embargo, la regla; lo único que se consigue en ciertos enfermos es retrasar el desenlace funesto.

Creo posible resumir como sigue los resultados que produce la radiotera-

pia en el tratamiento de las pseudoleucemias; el método es de ordinario poco eficaz en las esplenomegalias y menos en las anemias; en las poliadenopatías los resultados son muy variables: unas veces son nulos, otras tardan bastante en obtenerse y son poco favorables, y otras, por último, pueden compararse casi á los que se obtienen en la leucemia linfática, en la que tan eficaz es dicho método.

Mecanismo.—No es posible invocar la acción bactericida. Los rayos X *disminuyen el número de leucocitos que circulan con la sangre.* Este resultado no es debido á que dichas células se acumulen en ciertos puntos, sino á su destrucción. Este hecho es demostrado por el aumento de ácido úrico y la existencia de formas degeneradas en la sangre. Los fenómenos de degeneración interesan principalmente el núcleo, que se hace irregular y presenta vacuolas y desgarros. Las granulaciones leucocitarias son influídas también. Beujard ha observado que en el leucémico su número disminuye, modificándose á la vez su afinidad por las materias colorantes.

Los elementos morbosos son destruídos en todos los puntos á donde alcanza la irradiación, lo mismo en el bazo que los ganglios, la médula ósea y hasta en la sangre. Además, la leucocitosis sigue descendiendo mucho tiempo de la sesión de radioterapia. No sólo son disminuídos los elementos morbosos, sino que la anemia disminuye; el número de glóbulos rojos y la proporción de hemoglobina disminuyen.

¿Por qué no admitir que en las afecciones de los órganos hematopoyéticos la destrucción de los elementos morbosos suprime una causa productora de venenos? La sangre, libre de estas toxinas, vuelve á hacerse normal, y el número de glóbulos rojos aumenta. Esta hipótesis es casi confirmada por la ineficacia de la radioterapia aplicada al tratamiento de la anemia.

Debe preguntarse ahora si los resultados obtenidos son definitivos, es decir, si los enfermos curan en realidad. Cierto número de leucémicos y de pseudoleucémicos presentan desde hace varios meses, y hasta años, todos los síntomas de la curación. Hay motivos, por lo tanto, para sostener que no se trata sencillamente de una mejoría pasajera; al porvenir corresponde resolver este problema. *A priori* no parece imposible que pueda obtenerse un resultado definitivo. No hay, por lo tanto, derecho á afirmar que las leucemias jamás curarán por la radioterapia; pero para obtener este resultado es de necesidad absoluta tratar los enfermos lo antes posible, cuando la infección es todavía relativamente limitada. Para ello es indispensable examinar sistemáticamente la sangre de los enfermos sospechosos y someterlos á las irradiaciones si el examen es confirmativo. Estoy convencido de que esta práctica hará más numerosos los resultados favorables, puesto que los casos menos antiguos son al parecer los influídos de un modo más rápido.

Accidentes.—Se observan á veces durante el tratamiento, sobre todo en la leucemia linfoide, algunos fenómenos que dependen, al parecer, de una acción tóxica. Son de ordinario pasajeros y se evitan procediendo con lentitud; otro tanto diré de los dolores esplénicos que se observan en ciertos casos, y son debidos, según toda probabilidad, á la disminución rápida de volumen de este órgano.

Conclusiones.—La radioterapia constituye la medicación específica de

las leucemias; los resultados, más favorables en las formas mieloides, son no obstante muy satisfactorios en la leucemia linfática.

La mejoría es de ordinario más tardía, menos regular y menos completa en las pseudoleucemias; entre estas últimas, las influídas de un modo más favorable son aquellas cuyo proceso anatómico es un linfoma: algunas parecen ser refractarias, pero ante la impotencia actual de la terapéutica, está indicado ensayar la radioterapia.

Es necesario, en el porvenir, hacer el examen de la sangre de igual manera que se hace el de la orina, á fin de someter á la radioterapia *desde el principio* de su afección, á los enfermos cuya fórmula sanguínea está modificada.

Creo que un médico que priva á un leucémico de esta medicación, comete una falta tan grave como el que no administra mercurio á un sifilítico.

El Dr. F. Barjon: Todos los casos tratados con éxito por la radioterapia se refieren á la leucemia crónica. En las formas agudas y subagudas es impotente. La marcha de la enfermedad es demasiado rápida para que las modificaciones lentas y progresivas determinadas por los rayos X tengan tiempo de oponerse á la evolución del mal. En las formas crónicas, por el contrario, se obtiene casi siempre algún beneficio, excepto en los casos gravísimos que se someten muy tarde al tratamiento, ó en los enfermos ya débiles ó en los caquécticos. Los resultados no son siempre idénticos en todos los casos.

Curación aparente.—En ciertos casos se obtiene la transformación completa. Todos los síntomas físicos y funcionales mejoran y hasta desaparecen por completo. Es una verdadera resurrección. La prudencia nos obliga, sin embargo, á no afirmar que la curación es más que aparente. Digo aparente, porque la desaparición de los síntomas no garantiza la supresión de la causa de la enfermedad y queda siempre desconocida; porque no es raro observar recidivas después de estas mejorías; porque en los casos en que no sobrevienen estas recidivas, los enfermos no se observan el tiempo suficiente para que pueda responderse del porvenir. Estos resultados, por incompletos que sean, no son menos felices y animosos en una afección en la que hasta ahora se está condenado á la expectación.

Remisión. — En ciertos enfermos no se obtienen resultados tan felices, y la mejoría es más superficial ó queda limitada á tal ó cual síntoma. El bazo permanece aumentado de volumen; el número de glóbulos blancos sigue siendo elevado, aunque disminuye en grandes proporciones, y queda inmutable entre 40.000 á 50.000. Los polinucleares no recuperan su proporción normal. La enfermedad experimenta al parecer una suspensión favorable, y esta tregua benéfica puede ser utilizada por el organismo para mejorar el estado general. No es una curación, sino una remisión que equivale á varios meses de supervivencia.

Muerte.— Algunos casos graves terminan por la muerte, á pesar del tratamiento. El desenlace funesto es debido de ordinario á la evolución progresiva de los síntomas en los enfermos débiles, caquécticos, albuminúricos. En ciertos casos raros, la muerte sobreviene á pesar de la mejoría sintomática manifiesta, lo que prueba de un modo evidente que la desaparición de algunos síntomas, aun cardinales, de la leucemia, en nada modi-

fica su marcha progresiva y fatal. La disminución grandísima del número de leucocitos no es, por lo tanto, siempre un síntoma favorable. Enfermos en los que se consiguió la leucopenia, murieron á pesar de este resultado.

Elementos de pronóstico.—Los elementos de pronóstico deben deducirse principalmente del estado general y, como han demostrado Rénon y Tixier, de la proporción de hematíes, de la cantidad de hemoglobina y de la regularidad de la curva térmica. Para que un enfermo se halle en condiciones favorables es preciso que el número de glóbulos rojos siga siendo el normal ó aumente si es inferior á la proporción fisiológica. Es preciso que la cantidad de hemoglobina no disminuya y que persista la apirexia. Si no existen estas condiciones, el enfermo muere á pesar de la disminución de volumen del bazo y del descenso, á veces enorme, del número de glóbulos blancos. Rénon y Tixier afirman que el mantenimiento del equilibrio leucocitario es más importante desde el punto de vista pronóstico, y el descenso del número de leucocitos.

Recidivas.—La acción de los rayos X en los leucémicos es con frecuencia pasajera, y se observan recidivas que pueden ser parciales ó totales, agudas ó crónicas, únicas ó múltiples.

Complicaciones.—Obsérvanse en ciertos casos complicaciones diversas en el curso del tratamiento. Entre las imputables á la acción de los rayos X, citaremos la pleuresía además de los accidentes cutáneos tan conocidos, y sobre los que no hemes de insistir.

Técnica. — La técnica empleada por los distintos operadores ha variado poco en lo referente á los puntos de aplicación. El órgano especial y, para algunos autores, el único sobre el que deben obrar los rayos X, es el bazo. Pero la mayoría de los autores admiten que no deben desdeñarse la irradiaciones sobre el esternón, las extremidades de los huesos largos (codos, rodillas) y los ganglios linfáticos. Deben emplearse para ello rayos suficientemente penetrantes (números 7 y 8 del radiocronómetro de Benoist) para llegar á los órganos profundos. Cuanto á la duración y frecuencia de las sesiones, hay acuerdo perfecto. Creo que es imposible dar reglas absolutas respecto á este particular, y que hay que tener muy en cuenta los enfermos y la marcha de la enfermedad. Es preciso ser prudentes y observar con todo detenimiento á los enfermos desde el punto de vista clínico y hematológico. No conviene acelerar las cosas, y sería desastroso pretender conseguir la disminución rápida del volumen del bazo y del número de leucocitos, sin tener en cuenta el estado general. Es indispensable, sobre todo, no llegar á la leucoplenia, que corresponde al parecer á una extenuación del organismo, á una degeneración de los centros leucocitopoyéticos. El tratamiento debe emplearse con paciencia y durante mucho tiempo. Soy, igual que Bozzolo, partidario de las sesiones en serie con largos intervalos de reposo.

En las formas crónicas es el método que produce mejores resultados. Las formas agudas ó subagudas son las únicas que pueden obligarnos á abandonar esta conducta; pero es inútil, porque en estas formas los resultados jamás son satisfactorios.

El Dr. Lépine: El Dr. Barjou ha dicho que en ciertos casos los rayos X aumentan unas veces y otras disminuyen el número de glóbulos blancos. Nada más exacto. He demostrado, al hacer un estudio fisiológico de la glu-

colisis, que estos rayos ejercen dos acciones sucesivas: excitante primero y destructora después. Lo mismo puede decirse de la acción activa del radio y probablemente también de la del calor.

El Dr. Vaquer: Desde el punto de vista teórico:

1.° La radioterapia, medicación estrictamente celular, obra sobre los elementos que circulan anormalmente en la sangre, provocando la histolisis. Esta acción se ejerce de una manera más especial sobre los glóbulos blancos, y se manifiesta principalmente sobre las células de origen medular, en particular los mielocitos. La acción sobre los tejidos productores de los glóbulos blancos es más lenta y depende del mismo proceso citolítico.

2.° En las leucemias, el efecto curativo es tanto más marcado cuanto más lenta es la forma de la enfermedad y los elementos de organización más elevada y típica, ó si se quiere menos semejantes á los del sarcoma.

3.° La histolisis que en los casos de leucemias mieloides produce las modificaciones regresivas observadas de ordinario, puede interesar todos los elementos anormales que circulan con la sangre y hacer que ésta recobre su fórmula normal cualitativa y cuantitativa. Esta comprobación no ha podido hacerse hasta ahora en los tejidos alterados, y en los casos que desde el punto de vista clínico pueden considerarse como curados, el examen histológico ha permitido descubrir en los órganos hematopoyéticos la presencia de focos mieloides en plena actividad.

Desde el punto de vista práctico:

1.° La radioterapia es el medio más útil que puede oponerse á la marcha de la leucemia, sea cual fuere su forma. En los casos agudos es ineficaz; pero en los subagudos, y sobre todo en los crónicos, puede contener los progresos de la enfermedad.

2.° La radioterapia no puede ser considerada hasta ahora más que como una medicación sintomática, y como no ha hecho sus pruebas como medicación específica, y cuando se emplea con demasiada energía puede ser seguida de accidentes graves ó trastornar de un modo insólito la marcha de la afección; sólo debe seguirse aplicando hasta que desaparezcan las modificaciones patológicas de la sangre, pero sin llegar á la leucopenia. Es preciso conocer lo antes posible toda recaída y tratarla de la misma manera.

3.° Es preciso hacer el examen metódico de la sangre para asegurar el diagnóstico y aplicar sin perder tiempo el tratamiento, empleándolo lo mismo en el período activo de la enfermedad que en las remisiones ó en el momento de las recaídas probables.

El Dr. Lagriffoul: Los rayos X disminuyen en proporciones considerables el número de glóbulos rojos. La mejoría es, no sólo cuantitativa, sino cualitativa; sin embargo, jamás se ha visto la recuperación completa del estado normal.

La disminución se produce con rapidez variable según los casos; puede ser muy considerable desde las primeras sesiones ó tardar bastante en manifestarse; en ciertos casos, cuando se ha alcanzado una cifra numérica, 15 ó 20.000, por ejemplo, suele ser difícil obtener una disminución mayor. Si el estado general es bueno y la proporción de glóbulos rojos se hace normal, es preferible suspender el tratamiento que pretender á la fuerza recobrar la cifra normal, resultado que no se obtiene muchas veces más que

con detrimento del estado general del enfermo. Se observa con frecuencia, inmediatamente después de una sesión, aumento pasajero de los glóbulos blancos; pero el hecho no es constante y puede observarse también la disminución inmediata. Por otra parte, bajo la influencia del tratamiento aumenta el número de los glóbulos rojos, el bazo recobra su volumen normal y el estado general aumenta de un modo notable.

El tiempo necesario para obtener la mejoría máxima es variable; se necesitan en general varios meses. El tiempo que persiste la mejoría es también muy variable y no es posible emplear la palabra curación; la recidiva sobreviene casi siempre á los cuatro ó cinco meses, unas veces antes, otras después.

El tratamiento de las leucemias por los rayos X debe ser en cierto modo intermitente. Una vez obtenida la mejoría máxima, es necesario suspender el tratamiento, examinar cada quince ó veinte días la sangre del enfermo y principiar una nueva serie de sesiones cuando la proporción de glóbulos blancos vuelve á ser considerable, y sobre todo cuando el estado general se resiente.

En la enfermedad de Banti y en la anemia perniciosa progresivá, el tratamiento por los rayos X ha sido ineficaz en mis enfermos.

El Dr. Regaud: He estudiado, en unión del Dr. Blanc, la acción esterilizadora de los rayos X en animales cuyos testículos fueron sometidos á las irradiaciones de dichos rayos. Estos animales conservan espermatozoides activos durante quince días, después desaparecen definitivamente. El fenómeno es debido á la desaparición de las células de toda la línea seminal ó espermatogonias. Esta destrucción se produce desde el principio de las irradiaciones, pero no se hace aparente hasta que todos los espermatozoides en vías de formación acaban de desarrollarse y son evacuados. La esterilización es desde entonces definitiva. Esta acción electiva de los rayos X sobre las células madres de la línea seminal merece llamar la atención. Es muy posible que los rayos X destruyan ante todo las células más jóvenes de un tejido, como acontece con el epitelio seminal.

El Dr. Salomssen: He estudiado los efectos hemolíticos del radio, pero no he publicado los resultados obtenidos. Desearía saber si se han hecho investigaciones respecto á la acción de los rayos X sobre la sangre fuera del organismo.

El Dr. Bordier: Se ha dicho y escrito que los rayos X transforman la oxihemoglobina en metahemoglobina. Las radiaciones del radio son capaces también de producir esta transformación. Al pretender encontrar el tipo para medir la cantidad de los rayos X, capaz de hacer aparecer en una disolución calculada de hemoglobina la banda de metahemoglobina, observé que era imposible obtener dicha banda, sea cual fuere la dosis de rayos empleada. Pero diluyendo con un poco de agua la sangre que queda adherida al borde del recipiente después del experimento, se obtiene con toda claridad la banda característica de metahemoglobina. Con la sangre no sometida á los rayos X y que se deja al aire libre durante el mismo tiempo, las partes desecadas en los bordes forman la misma banda en el rojo.

Deduzco de lo que precede: 1.°, que estos rayos no tienen la propiedad de transformar la hemoglobina en metahemoglobina; 2.°, que si se ha en-

contrado este último cuerpo, su presencia es debida á la desecación en los bordes de la superficie libre; 3.°, que probablemente la metahemoglobina en la sangre sometida á las radiaciones del radio es debida á la misma causa.

El Dr. Maragliano (hijo): He visto tres enfermos de paludismo tratados por los rayos X. Dos casos de fiebre cotidiana curaron; en el tercero, que padecía terciana, no se obtuvo resultado alguno. El tratamiento se empleó desde el fin del acceso y consistió en aplicar sobre el bazo rayos fuertes. No es posible sacar conclusiones exactas de hechos tan poco numerosos, pero el tratamiento merece ser ensayado.

El Dr. Lassar: Uno de mis amigos, habitante en una gran ciudad de los Estados Unidos, donde muchos colegas manejan los rayos X, me ha indicado que en las familias de estos médicos no hay nacimientos. El hecho merece ser conocido hoy que el problema de la despoblación está á la orden del día. — F. Toledo.

(Continuará).

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS AMERICANOS

21.ª sesión anual celebrada en Washington el 15 y 16 de Mayo de 1906.

(Conclusión)

Esclerosis diseminada.—El Dr. *J. Collins* llamó la atención sobre el hecho de que mientras en Alemania la esclerosis diseminada figura por su frecuencia después de la ataxia locomotriz y hasta, según Strümpell, es más frecuente que ésta, y Byron Bramwell ha encontrado 110 casos de dicha enfermedad en 5.500 enfermos de Inglaterra, en los Estados Unidos se considera, por el contrario, como rarísima. Los síntomas típicos son nistagmus, lenguaje silábico, temblor y paraplegia espasmódica. Algunos casos son completamente atípicos en su principio. No hay razón para que sea más rara en el Norte de América que en otros países, y la causa de esta rareza es probablemente el no diagnosticarla bien. El Dr. Collins cree que la paraplegia espasmódica sin reflejo abdominal debe ser considerada siempre como sospechosa. En los enfermos no sifilíticos, la palidez de la mancha óptica, particularmente en su mitad temporal, debe considerarse siempre como muy sospechosa de la esclerosis diseminada incipiente.

El Dr. *Sache* dijo que el diagnóstico de la esclerosis diseminada debe hacerse siempre con exactitud. La falta de reflejo abdominal es demasiado común para tener una gran significación.

El Dr. *Wharton Sinclair* indicó que la esclerosis diseminada es en el Norte de América mucho más común de lo que se cree, pero que su diagnóstico es bastante difícil.

Espondilitis tifoidea (tyfoid spine) con depósitos óseos.—El Dr. *T. Mc Crae* refirió el caso de un enfermo que padeció fiebre tifoidea y que presentó todos los rasgos clínicos de la espondilitis. Se descubrieron en las vértebras

modificaciones marcadas de carácter óseo, á juzgar por lo que demostró el examen con los rayos X. En otro enfermo que padeció infección paracólica se encontraron también en las vértebras las mismas modificaciones. En este caso el diagnóstico fué, no obstante, mucho más difícil por los antecedentes de infección gonocócica, causa primitiva de la espondilitis. El doctor Mc Crae cree que en otras infecciones existe el mismo estado patológico, aunque en menor grado, y que muchas de las artritis deformantes son debidas á procesos infecciosos de distinto género. Pero hasta ahora no se había observado caso alguno de supuración consecutivo á la infección de esta clase en la fiebre tifoidea, si bien hay, según parece, motivos para creer que, en ocasiones, el proceso infeccioso es bastante intenso para producir la supuración.

El carácter más importante de la espondilitis tifoidea es el sufrimiento grandísimo del enfermo, aunque las lesiones son relativamente poco acentuadas. Se atribuye de ordinario este fenómeno al temperamento nervioso del sujeto. Sin embargo, hasta las lesiones raquídeas más ligeras suelen ocasionar en las personas normales síntomas neurósicos graves y casi histéricos. El dolor de la espondilitis quebranta al parecer más que ningún otro.

El Dr. *J B. Herrik* dijo que el trabajo del Dr. Mc Crae permite borrar la espondilitis tifoidea de la lista de las enfermedades funcionales, puesto que existen en ella lesiones innegables.

El Dr. *Thayer* manifestó que la tendencia á exagerarse los sufrimientos se observa también en otras afecciones raquídeas, por ejemplo, el carcinoma secundario. Aunque los dolores que aqueja el enfermo son indefinidos, el grado de sufrimiento es grandísimo.

El Dr. *J. K. Mitchell* refirió el caso de un enfermo, el cual, durante varios años, no pudo adoptar el decúbito dorsal, á causa de la sensibilidad excesiva de su raquis; por último, se descubrió un punto de necrosis en el vértice de una apófisis vertebral. Se extirpó el tejido necrosado, que era poco extenso, obteniéndose el alivio inmediato, completo y duradero.

El Dr. *S. Solis Cohen* dijo que en la mayor parte de estos casos de sensibilidad excesiva del raquis es indudable que, además de la espondilitis, existe alguna otra alteración raquídea.

El Dr. *Mc Crae* manifestó que no todos los casos de espondilitis tifoidea presentan estas alteraciodes orgánicas, y que algunos son, según toda probabilidad, funcionales. Sin embargo, en estos casos la radiografía ha demostrado la presencia de formaciones óseas nuevas.

Trastornos mentales en la corea aguda.—El Dr. *B. Sachs* dijo que en 8 ó 10 casos de corea que ha observado pudo desde su principio considerar la enfermedad como gravísima ó casi seguramente fatal. En los casos de este género suele haber síntomas mentales que son casi típicos de la afección. Los rasgos característicos más notables de la enfermedad son presentarse de ordinario en personas relativamente jóvenes y tratarse, al parecer, de una infección generalizada. Algunos de estos casos pueden principiar como un simple incidente consecutivo á un raspado, presentándose después síntomas que exigen la reclusión. La terminación suele ser el estupor seguido de coma mortal.

El Dr. *Sinkler* manifestó que los síntomas mentales no agravan necesariamente el pronóstico de la corea.

El Dr. *S. Solis Cohen* dijo que la corea tiene su remedio específico, y como sólo tienen específicos las infecciones, este hecho es una demostración más de su carácter infeccioso.

El Dr. *Sachs* indicó que, si bien la corea es á veces infecciosa, no lo es siempre, y que en ciertos casos depende de la extenuación nerviosa. Los casos gravísimos son indudablemente debidos á la infección general.

Peristalsis gástrica é intestinal. — El Dr. *F. Pfaff* expuso los resultados de los experimentos que, en colaboración con el Dr. Nelson, ha practicado en perros para estudiar la peristalsis gástrica é intestinal después del empleo de aperitivos. Los animales fueron anestesiados, y cuatro horas después se hicieron las observaciones poniendo al descubierto las vísceras y sumergiéndolas en una disolución salina. Los movimientos peristálticos del estómago son afectados más por el aceite de croton y el áloes. Estas substancias disminuyen el número de movimientos, pero en cambio aumentan su intensidad. La podofilina figura en tercer lugar por su influencia sobre los movimientos peristálticos. La escamonea, aunque se ensayaron varios ejemplares, no produjo efecto alguno. La cáscara sagrada y el ruibarbo afectan la peristalsis de los intestinos gruesos, pero no del estómago.

El Dr. *S. S. Meltzer* dijo que la peristalsis en un baño salino no es la misma que en condiciones normales. Las observaciones de este género deben hacerse con la piel intacta, único medio de obtener resultados seguros.

El Dr. *Hare* manifestó que los experimentos del Dr. Pfaff prueban la poca utilidad de las observaciones sobre los animales en ciertos casos. El elaterio y la escamonea son dos substancias que carecen de acción sobre los animales, aunque la poseen en la especie humana. Los intestinos están dotados indudablemente de una acción electiva que les permite dejar pasar ciertas substancias y retener otras. La peristalsis no es, por consiguiente, un simple movimiento mecánico imperfecto.

Hemacromatosis y diabetes sacarina. — El Dr. *T. B. Futcher* se ocupó de esta asociación relativamente rara. Hay triada sintomática consistente en pigmentación de la piel y de las vísceras, cirrosis hipertrófica del hígado y diabetes. La pigmentación es debida al depósito de hierro que puede descubrirse en las células de las glándulas sudoríparas, en otros puntos de la piel y en los órganos. De los enfermos observados uno era bebedor y otro no. Los autores franceses consideran la diabetes como el factor principal. Los clínicos alemanes, siguiendo la opinión de Recklinghausen, creen que la alteración primitiva radica en la sangre. En ciertos casos se observan epistaxis y púrpura. De 256 diabéticos observados durante dieciséis años en el Hospital John Hopkins, sólo dos padecieron hemacromatosis.

Prurito general sin lesiones.—El Dr. *J. K. Mitchell* refirió un caso de prurito general en el que fué imposible descubrir causa alguna de las que se supone producen este síntoma. No había ictericia ni infarto del hígado ni del bazo, pero sí insomnio rebelde. La orina era de color de vino de Oporto y contenía urobilina en abundancia, que se supuso no procedía de la bilirrubina, sino directamente de la sangre. Había degeneración granulosa

especial de los glóbulos rojos, algo de leucocitosis y eosinofilia marcada. El tratamiento, que fué eficaz, consistió en baños de aire caliente varias veces al día, y en baños de agua caliente repetidos con frecuencia para calmar el prurito. Para aumentar la acción sedante de estos baños se agregó al agua salvado ó alcalinos. Aunque el enfermo no tenía antecedentes sifilíticos, se emplearon con éxito el mercurio y el yoduro potásico.

Anemia aplástica.—El Dr. *R. S. Lavenson* narró el caso siguiente. La enferma, de treinta y cinco años, había disfrutado siempre buena salud, pero sin causa conocida fué atacada de una anemia profunda y rápidamente fatal. Todos los elementos de la sangre estaban disminuídos en cantidad. No había parásitos en los intestinos ni alteración patológica de la orina. Poco antes de la muerte de esta enferma la hemoglobina quedó reducida al 10 por 100 y el número de sus glóbulos rojos excedía apenas de 1.000.000. Al hacer la autopsia se encontró degeneración grasienta de todos los órganos. El rasgo característico era la falta completa de modificación roja en la médula ósea, que estaba completamente blanca. En los cortes no se descubrieron megaloblastos ni los mieloblastos normales. Antes de la muerte no existían en la sangre megaloblastos. Hasta ahora sólo se han publicado 10 casos de esta anemia aplástica. La duración media de la enfermedad es de tres meses por término medio.

El Dr. *R. H. Cabot* dijo que existen diferencias marcadas entre esta forma de anemia y la perniciosa ordinaria; aunque á esta última se la llama progresiva, hay variaciones notables en su marcha é intermitencias marcadas, durante las cuales mejora el estado del enfermo. La anemia aplástica sigue, por el contrario, una marcha progresiva y termina siempre por la muerte.

El Dr. *Warthing* indica que en casi todos los casos de la llamada anemia perniciosa de Michigan no existen alteraciones de la médula ósea. Al parecer, esta anemia no es tan rara como se cree. Según parece, existe más bien hemolisis que aplasia, es decir, disolución de los glóbulos sanguíneos y no falta de formación, que es lo que constituye la anemia progresiva.

El Dr. *Stengel* dijo que en la mayor parte de los casos quedan rojas sólo ciertas áreas de la médula ósea, y es preciso gran cuidado para descubrirlas. Aunque falten dichas áreas, esta modificación no puede considerarse como primitiva.

El Dr. *Thayer* manifestó que estos casos difieren por completo de los de anemia perniciosa ordinaria. La sangre ha perdido por completo su facultad de regeneración.

El Dr. *Shattuck* cree que sólo hay diferencia en la intensidad del proceso entre esta forma de anemia y la perniciosa progresiva; así que casi es innecesario un nombre nuevo. El carácter fatal y fulminante no basta para hacer una distinción. La viruela ordinaria y la hemorrágica no son en su esencia distintas, aunque sí bastante diferentes.

Rayos X y suero leucémico.—El Dr. *J. A. Capps* refirió los estudios experimentales que ha hecho, en colaboración con el Dr. J. F. Smith, sobre el suero de los individuos leucémicos tratados por los rayos X. Inyectando suero altamente leucolítico de individuos sometidos á los rayos X, á enfer-

mos leucémicos sin tratamiento, el resultado es la disminución del número de leucocitos. A los pocos días este efecto desaparece; una nueva inyección no produce un resultado tan marcado, obteniéndose de ordinario la curación en poco tiempo. Después de nuevas inyecciones los enfermos se hacen, al parecer, inmunes contra los efectos del suero. Cuando este suero se pone en contacto con los leucocitos humanos, muy movibles y recién extraídos, produce un efecto paralítico sobre ellos. La acción es electiva, y afecta más á los leucocitos mononucleares que á los polinucleares.

El Dr. *Warthing* dijo que las disminuciones repentinas del número de leucocitos son frecuentes en la leucemia. Pueden desaparecer, sin que exista, al parecer, motivo para ello, 200.000 leucocitos ó más, y á los pocos días existir la proporción primitiva. Los leucocitos en la leucemia son poco estables. En la neumonía, el número de leucocitos puede disminuir de varios cientos de millares á 4.500. Este fenómeno particular no influye sobre la marcha de la enfermedad.

El Dr. *Edsall* cree que la acción principal de los rayos X es la que ejercen sobre las fermentaciones de los tejidos.

La prueba del núcleo en las enfermedades pancreáticas. — El Dr. *Dutton Steele* discutió el valor de la prueba de A. Schmidt para el diagnóstico de las enfermedades pancreáticas. Según los experimentos hechos en perros, cuando hay degeneración completa del páncreas, los núcleos de la carne comida no son digeridos. El descubrimiento de estos núcleos en las fibras musculares contenidas en los excrementos permite diagnosticar la falta de jugo pancreático. El Dr. Steele ha confirmado este hecho, pero ha observado que existe, no sólo en las lesiones pancreáticas, sino también en ciertos trastornos del aparato digestivo.

El Dr. *Musser* manifestó que no hay finalidad en el diagnóstico de la enfermedades del páncreas por la orina ó las heces. El estudio cuidadoso del caso y el examen físico detenido son los únicos medios que permiten conocer las enfermedades pancreáticas. La prueba de Gamages ha resultado ser tan poco útil como todas las aconsejadas antes.

El Dr. *Edsall* dijo que la presencia de sulfatos etéreos en la orina no indica que exista una enfermedad pancreática. La digestión de la grasa tampoco puede ser considerada como una prueba. La presencia de fermentos pancreáticos en la orina tampoco puede servir de base clínica.

Actividad digestiva de la pepsina en el estómago. — El Dr. *Sailer* discutió los métodos recientes empleados para calcular la actividad pépsica. Describió también el efecto de varios medicamentos sobre la digestión pépsica. Ha observado en sus experimentos que el ácido bórico no suspende la actividad de la pepsina. En cambio, el ácido benzóico ejerce una acción inhibitoria enérgica. Los salicilatos, aun á pequeñas dosis, paralizan por completo la digestión pépsica. El sulfato de sosa posee propiedades inhibitorias acentuadas. Las disoluciones de sal común dificultan algo la digestión pépsica y el alcohol menos aún. Los productos de la digestión pépsica producen después de algún tiempo un efecto paralizante sobre dicha digestión.

Fiebre ganglionar. — El Dr. *A. Stengel* narró el caso de un enfermo que tenía infartos ganglionares generalizados y una serie de lesiones cutáneas

muy parecidas á la de la sífilis maculosa y papulosa. El enfermo, médico, negaba tener antecedentes sifilíticos. Se procuró, en vano, descubrir el *Spirochæta pallida* en el suero y en el líquido obtenido de los ganglios extirpados. En los cultivos de la sangre, de los ganglios y de las amígdalas se obtuvo un estreptococo análogo á otro que es patológico para los caballos, y que produce la llamada fiebre ganglionar y coriza epidémica en estos animales. El enfermo mejoró gradualmente sin tratamiento específico.

El Dr. *Welch* dijo que es preciso proceder con gran precaución al considerar como nuevos los estreptococos patógenos puesto que estos microorganismos presentan aspectos muy diferentes.

El Dr. *Koplik* manifestó que el nombre de fiebre ganglionar es impropio porque puede producir confusión con otra enfermedad: la fiebre ganglionar de los niños.

Meningitis cerebro-espinal. — El Dr. *S. Flexner* refirió los resultados de los experimentos que, en unión del Dr. Houghton, había hecho en los monos con el microbio de la meningitis cerebro-espinal. Es fácil producir en estos animales lesiones análogas á las que se observan en el hombre. La afección fué producida inyectando en el conducto espinal suero procedente de enfermos que padecían meningitis cerebro-espinal. Cuando los monos eran muy susceptibles ó las dosis elevadas, los animales murieron en veinticuatro horas. Si sobrevivían más de cuarenta y ocho horas curaban de ordinario. Los diplococos se encontraron al principio por fuera de las células de la médula y por último en su interior. En los casos crónicos hubo dilatación de los ventrículos cerebrales. Las lesiones se localizaron en la parte posterior de la médula y en la base del encéfalo, igual que en la especie humana, lo que demuestra que hay una acción electiva. En ciertos casos, aunque la inoculación se hizo en la médula espinal, se encontraron diplococos en el derrame nasal de los monos, observándose también cierto grado de inflamación en la parte superior de las vías respiratorias. Este hecho prueba que el hallazgo de los diplococos en la cavidad nasal no indica que penetren en el organismo por esta vía, puesto que pueden proceder del encéfalo, quizá por los conductos linfáticos y localizarse en las fosas nasales.

Naturaleza de los espiroquetes. — El Dr. *F. G. Novy* discutió la naturaleza de estos microorganismos, que ha vuelto á llamar la atención, desde que se cree que el espirilo de Schaudin es la causa de la sífilis. Se ha supuesto que el espirilo es de carácter animal, pero el Dr. Novy, fundándose en sus estudios sobre el espirilo de Obermeier y sobre otros de igual naturaleza, no acepta esta opinión. El organismo de la tripanosomiasis es de igual naturaleza, y aunque es transmitido por un insecto, este hecho no prueba en modo alguno que sea de carácter protozoario. La fiebre amarilla, por ejemplo, aunque transmitida por un mosquito, puede ser debida, no á un protozoario, sino á una bacteria. El Dr. Novy presentó varias preparaciones en las que se ven los espirilos en vías de división longitudinal, no lateral, como sucedería si se tratara de un protozoario. En vez de varios flagelos, como suelen tener los bacilos, los espirilos sólo tienen uno. A veces están unidos por el entrelazamiento de los flagelos, lo que modifica su aspecto.

Tratamiento del bocio exoftálmico por una citotoxina específica. — El doctor *J. Rogers* expuso los resultados de su experiencia respecto á este método. De 30 enfermos tratados curaron ocho, en los que desaparecieron todos los signos del bocio. Dieciséis mejoraron bastante, y puede decirse que curaron subjectivamente, aunque persistían algunos síntomas, como el temblor y el exoftalmo. En seis, el tratamiento fué completamente ineficaz. Las inyecciones se hicieron cada cuarenta y ocho horas, reduciéndose á esto el tratamiento. El suero fué menos eficaz en los casos de bocio antiguo, duro y fibroso. En la variedad blanda bastaron seis meses de tratamiento. Ninguno de los otros sueros empleados fueron tan eficaces como el obtenido primero.

El Dr. *S. P. Beebe* describió la preparación de este suero específico. Para obtener mejores resultados se inyectó al animal la glándula tiroides enferma. La diferencia entre el suero obtenido así y el que se obtiene después de inyectar la glándula tiroides sana no es esencial, pero sin embargo es muy posible que exista algún medio de aumentar las propiedades antitóxicas. El Dr. Beebe cree que la mejora obtenida por la administración de este suero no es debida á una coincidencia ó á influencias psíquicas, sino que se asemeja sobre manera al efecto de una antitoxina.

El Dr. *Mc Callum* dijo que los resultados que se indica haber obtenido con el nuevo suero son indudablemente notables. No obstante, es difícil comprender cómo pueden mejorar los síntomas. La enfermedad de Graves es debida al hipertiroidismo, y sin embargo, el suero no produce efecto específico sobre la glándula, al menos en el caso que ha observado el Dr. Mc Callum. — (*New-York Medical Journal*). — F. Toledo.

PERIÓDICOS

Vómito pituitoso hemorrágico. — Los Dres. A. Mathieu y J. Ch. Roux refieren el caso de una mujer de treinta y cinco años, que todos los días vomita una á seis veces 50 á 80 cm³ de un líquido sanguinolento. Los vómitos van precedidos de grandes dolores, sobre todo por la noche. Estos dolores, que radican sobre la parte interna del séptimo cartílago costal izquierdo, á unos 5 cm. por encima y á la izquierda del apéndice xifoides, se irradian hacia la izquierda y atrás á nivel próximamente de la décima vértebra dorsal. Cuando no se arroja el líquido, aumentan los dolores y la regurgitación ulterior. Como síntoma, también constante, se presenta un hambre canina acompañada de debilidad y de sudor frío. Una vez terminado el ataque, cesan los síntomas dispépticos. Esta dolencia tiene ya diez años de fecha, y en seis meses de tratamiento en que se han empleado los medios más variados, incluso la sugestión, no se consiguió modificarla en lo más mínimo.

Las masas vomitadas no provienen del estómago; están constituídas por saliva y productos de la secreción de la faringe y del esófago, y según

que predominan unas ú otras secreciones, así el líquido es más ó menos glutinoso. Se acumula en el esófago sobre el cardias cerrado y es arrojado al exterior por movimientos de vómito más ó menos violentos. A veces pasa una pequeña cantidad al estómago, pero vuelve al esófago con los esfuerzos del vómito. Cuando se llena de líquido el esófago y sobreviene el espasmo del cardias, es cuando se presenta la sensación de presión retroesternal. La escasa cantidad de líquido que se expulsa de cada vez ya indica que no proviene del estómago y también lo prueban su poca acidez, la falta de coagulación de la sangre expulsada y la mezcla del líquido mucoso con restos alimenticios. La sangre proviene á veces de las mismas glándulas salivares, pero también de la faringe y del esófago. Su mezcla íntima parece indicar un origen intraglandular.

Los autores proponen denominar á este síntoma hemosialomesis, como sinómino de vómito mucoso hemorrágico procedente del esófago en las histéricas, pues no cabe duda, por otra parte, de que se trata de una manifestación del histerismo. — (*Gaz. des hopitaux*). — R. DEL VALLE.

Alimentación en las enfermedades agudas. — En las enfermedades agudas, dice el Dr. Pitt, la alimentación obra neutralizando ó contrarrestando el veneno, formando anticuerpos ó modificando la alcalinidad de los tejidos. Puede obrar también, como acontece con el alcohol, estimulando el corazón y el sistema nervioso. Las antitoxinas son producidas por las células, y la capacidad de éstas para formarlas depende en gran parte de las substancias nutritivas que reciben. La eliminación de venenos puede favorecerse administrando grandes cantidades de líquidos que los diluyen, á la vez que estimulan la actividad de la piel y de los riñones. Las bebidas frías rebajan la fiebre entre otros efectos, por estimular las funciones cutáneas.

En la fiebre, los labios y carrillos están apergaminados y la lengua seca, á causa de la secreción deficiente de la saliva; el enfermo no puede masticar ni mover la lengua, las bacterias se desarrollan, por lo tanto, con rapidez en la cavidad bucal, la que se convierte en un foco de infección. La sed, uno de los rasgos característicos de la fiebre, es debida á la sequedad de la boca y al aumento del peso específico de la sangre, el cual depende de la retención del cloruro sódico y de que los tejidos, á causa del estado de intoxicación en que se encuentran, sustraen grandes cantidades de líquido de la sangre. La alimentación en los estados febriles debe, por lo tanto, ser líquida, no sólida. Además de la sed hay anorexia, debida al envenenamiento del sistema nervioso y á la digestión imperfecta. Como los movimientos del estómago y la secreción del jugo gástrico son deficientes, los alimentos fermentan con gran facilidad, por cuya razón las peptonas y albumosas son preferibles á la carne. Está indicado también administrar ácido clorhídrico para suplir su deficiencia y para contener la fermentación bactérica. En la fiebre, la absorción de alimentos por los intestinos es casi normal, porque se absorbe el 90 por 100 de la grasa y de la albúmina; en cambio, los hidratos de carbono son eliminados por las heces cuando se administran con exceso ó hay mucha diarrea.

¿Qué cantidad de alimentos debe tomar un enfermo febril? En estado normal, un hombre activo necesita 3.000 calorías, que pueden ser suminis-

tradas por 100 gramos de albúmina, 100 de grasa y 400 de hidrato de carbono. En la fiebre, la excreción de nitrógeno está aumentada, puesto que el veneno desorganiza las células y disminuye la capacidad de éstas para apropiarse la albúmina. La excreción de ácido carbónico está aumentada sólo en el 20 por 100 ó menos. Un enfermo que permanece en el lecho necesita, teóricamente, 2.400 calorías y 2.700 si tiene fiebre. En las afecciones febriles crónicas se ha observado que son suficientes 1.500 calorías, y en las agudas basta una alimentación que produzca menos de 2.000 calorías. En general, aunque se aumente la cantidad de nitrógeno en la alimentación, no se consigue evitar la consunción de los tejidos en la fiebre; tampoco se consigue prevenir esta pérdida con los antipiréticos, porque aunque la temperatura se haga normal persisten los efectos del veneno sobre los tejidos.

El alcohol no es necesario en las enfermedades agudas y su uso es á veces más perjudicial que útil. Debe emplearse después de las crisis, en las enfermedades de larga duración y en la convalecencia; obra aumentando el apetito y favoreciendo la absorción de los otros alimentos. El alcohol es un alimento y se absorbe con facilidad. Es un alimento de economía de los hidratos de carbono y de las grasas, pero no de la albúmina. Cuando se administra en gran cantidad, sus efectos tóxicos superan á sus beneficios. Debe administrarse, en las enfermedades agudas, en los casos siguientes: 1.°, debilidad circulatoria que se revela por pulso rápido, débil, dícroto ó irregular; 2.°, enfermos débiles y extenuados, sobre todo alcohólicos; 3.°, incapacidad de tomar alimento por deficiencia de la digestión, sobre todo cuando la lengua está seca; 4.°, estados piémicos persistentes con temperatura elevada; 5.°, delirio bajo con extenuación é insomnio; 6.°, durante la convalecencia cuando el apetito es caprichoso.

Cuando se administra como estimulante no debe estar muy diluído, pero sí cuando se emplea para abrir el apetito. En forma efervescente, vino de champagne, es eficaz si hay inapetencia. En las convalecencias de las enfermedades graves, sobre todo en los niños, nada más eficaz que el vino de Jerez añejo. La cantidad de alcohol que puede administrarse al día, es de 60 gramos, rara vez más de 180. Cuando obra de una manera benéfica, la lengua se humedece, la respiración y el pulso se normalizan y el estado mental mejora. Si se administra en cantidad demasiado elevada, la lengua se pone más seca, aumenta el abatimiento del enfermo y se nota en el aire expirado el olor del alcohol. Estos resultados dependen de los hábitos del enfermo, tanto como de la cantidad tomada y de la naturaleza de la enfermedad.—(*The Practitioner*).—F. Toledo.

Suministro de leche á los niños de pecho. — En una de las últimas sesiones de la Sociedad vienesa de Medicina interna y de Pediatría, el Dr. Weis dió cuenta de la organización que se ha establecido en el X distrito de Viena, para suministrar leche á los niños de pecho que la necesiten. En dicha organización figuran todos los médicos prácticos del distrito y cada uno de ellos puede extender un certificado para que se suministre leche gratis. El niño que es presentado en el Consultorio, se pesa y allí mismo se le encarga á la madre que comparezca con su hijo cada dos semanas en casa del médico que la ha recomendado. La leche, preparada convenientemente

y distribuída en porciones se da en invierno á las seis de la tarde y en verano á las seis de la mañana. Un proveedor de leche en gran escala es el que la suministra al precio de coste. En concepto del autor no debe darse á las personas pudientes, por lo mismo que en Viena pueden proporcionarse en el mercado leche de excelente calidad.

Cada niño de pecho le cuesta al Consultorio por semana una corona, ó sea 84 peniques, teniendo que satisfacer la madre otras 50 blancas, ó sea 42 peniques.

En el X distrito de Viena nacen al año, por término medio, 5.000 niños; 2.000 se crían al pecho; otros 2.000 son hijos de padres bien acomodados y de los 1.000 restantes la mitad acuden al Consultorio. La mortalidad de estos niños asciende á un 10 por 100, que apenas corresponde á la mitad de la mortalidad infantil del distrito. De los datos estadísticos recogidos durante todo el año, resulta que en las familias de los niños que están bajo el patronato del Consultorio, la mortalidad de los niños de pecho había sido de 30 á 50 por 100. Si se tiene en cuenta que al asilo no se han enviado hasta ahora más que niños enfermos, se ve que el resultado del primer año es muy lisonjero. El autor aboga porque se funden Consultorios análogos en los demás distritos.

Una novedad es la creación de una caja ó Sociedad de seguros de lactancia. Mediante una pequeña cuota semanal durante el embarazo asegura la mujer, en caso de que pueda criar, un pequeño capital, y si no puede criar, se le da gratis, y durante seis meses todo el alimento que necesite su hijo; si éste, en cambio, se muere al nacer, se le devuelve á la madre toda la suma que hubiese impuesto.

(*Zentralblatt für innere Medizin*). — R. del Valle.

Tratamiento de la hiperclorhidria gástrica.—La atropina es uno de los medicamentos más útiles que pueden emplearse contra las crisis dolorosas de la hiperclorhidria, porque no sólo combate el elemento dolor, sino que por su efecto inhibitorio sobre las secreciones en general, disminuye también la de jugo gástrico. El Dr. Rebizzi ha hecho experimentos en la clínica del Dr. Patella, de Siena, y deduce de ellos que en las crisis hiperclorhídricas es preferible á la atropina una combinación de solanáceas, aconsejada ya por el profesor Rummo; recomienda tomar 20 gotas por la mañana y 20 por la tarde de la preparación siguiente:

Tintura de estramonio.....	aa 5 gramos.
— de belladona.....	
— de beleño.....	

Los resultados que se obtienen con esta medicación son altamente satisfactorios.—(*Gazetta degli ospedali*, 19 agosto 1906).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

DATOS FISIOLÓGICOS Y TERAPÉUTICOS ACERCA DE LA YODINA

POR EL

DR. D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico numerario, por oposición, del Hospital Provincial.

Según los datos químicos facilitados por el autor de la yodina, de los que ya se ha ocupado la prensa médica, incluso esta REVISTA, con la garantizada firma del Dr. Pérez Noguera, dicho cuerpo es una especie química que se obtiene haciendo actuar los vapores de yodo sobre la grasa de *arachis* previa y debidamente depurada, con lo cual se consiguen sustituir las moléculas de hidrógeno que se desprenden por igual número de moléculas de yodo y resultando un líquido obscuro-negruzco, aceitoso, con ligero olor á grasa y de un sabor especial, algo empalagoso, pero no muy desagradable, el cual, según el referido autor, puede considerarse por su constitución química como el « éter propildiodyoleico-monoyodaráchico ».

Sabido es que la principal idea que guía á los químicos en la obtención de compuestos yódicos orgánicos, es la de dar con un producto que, en la práctica médica, pueda emplearse en lugar de los yoduros sin provocar los fenómenos tan frecuentes y algunas veces tan alarmantes del yodismo. En el extranjero se han dado á conocer en estos últimos años, entre otras, la yodipina, el yothion (diyodhidroxipropano), y recientemente la sayodina (ó sea la sal de calcio del ácido behenmonoyódico), que acaba de ser experimentada por E. Fischer y J. von Mering (*Medizinische Klinik*, núm. 7, 1906).

Solicitados por el autor del producto para que le ensayáramos, y abierta como está siempre nuestra clínica á la investigación de todo

nuevo producto que represente un progreso en la terapéutica, en bien de los enfermos, hemos ensayado la yodina durante algún tiempo y los resultados obtenidos, entre los que se cuentan algunos datos de su acción fisiológica y algunos efectos terapéuticos, son los que vamos á exponer en las siguientes líneas.

Hemos administrado el medicamento á dieciocho individuos, de los cuales siete estaban sanos y once enfermos.

La primera cuestión que tratamos de dilucidar fué la de saber si una vez administrada una dosis de yodina se eliminaba yodo por la saliva y por la orina, y, en caso afirmativo, cuándo comenzaba y cuándo terminaba la eliminación. Para estos ensayos nos valimos de los siete individuos sanos, entre los que figuran mi ayudante, el Dr. D. Antonio Martín, mis compañeros asistentes á la Clínica, D. Antonio Ferratjes y D. Carlos Torregrosa, y los alumnos, señores Castañs, González y Malberti, y de un enfermo de catarro bronquial subagudo que ocupaba la cama núm. 1 de la sala 30.

La investigación cualitativa del yodo se hizo, siempre que lo permitió la cantidad del líquido de ensayo, por doble procedimiento del engrudo de almidón y ácido nítrico, y por el ácido nítrico y cloroformo. Dicha investigación se efectuó cada cinco ó diez minutos durante la hora subsiguiente á la administración de la yodina y después cada veinticuatro horas. Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

Eliminación del yodo por la saliva.—En las observaciones 6.ª, 7.ª y 8.ª no se pudo descubrir nunca la presencia del yodo en la saliva después de haber administrado dos cápsulas de yodina, con la particularidad de que en las observaciones 2.ª, 7.ª y 8.ª tampoco pudo descubrirse después de una dosis de cuatro cápsulas.

En las observaciones 1.ª, 3.ª, 4.ª y 5.ª el yodo se descubrió claramente en la saliva; en una (observación 3.ª), á los sesenta minutos de administrar cuatro cápsulas y en las otras tres (observaciones 1.ª, 4.ª y 5.ª), después de transcurrida una hora de la administración de dos cápsulas en la observación 1.ª y cuatro cápsulas en las observaciones 4.ª y 5.ª En estas tres observaciones desapareció el yodo de la saliva al día siguiente y en la observación 3.ª al segundo día.

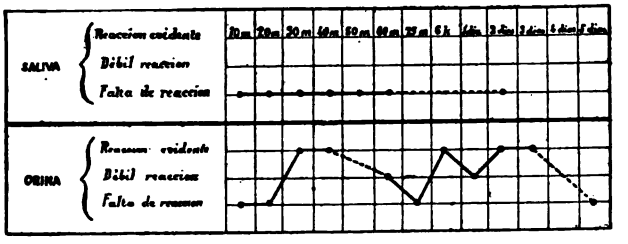
Eliminación del yodo por la orina.—En todas las observaciones menos en una (observación 7.ª), se descubrió fácilmente la presencia del yodo y apareció con toda claridad en los momentos que indican las siguientes cifras:

Número de las observaciones.	Número de cápsulas.	Momento de la aparición.	Observaciones.
6.ª	2	10 minutos.	
4.ª	4	15 —	
5.ª	4	15 —	
2.ª	4	30 —	
8.ª	2	30 —	
8.ª	4	50 —	
8.ª	4	60 —	
1.ª	2	En el curso del primer día.	Vertió varias veces la orina.
7.ª	2	No apareció.	
7.ª	4	Indicios á los 90 minutos.	

Desapareció el yodo de la orina en los días siguientes:

Número de las observaciones.	Número de cápsulas.	Momento de la desaparición.
6.ª	2	1.er día.
3.ª	4	2.° —
4.ª	4	2.° —
5.ª	4	2.° —
8.ª	4	4.° —
8.ª	2	5.° —
1.ª	2	6.° —
2.ª	4	9.° —

Es de advertir que en la observación 8.ª la curva de elininación del yodo fué intermitente é irregular, es decir, que con la administración de dos cápsulas apareció el yodo en la orina á los treinta minutos y después siguió una curva como la que indica la siguiente gráfica:



: *Fenómenos yódicos observados. Cefalalgia.* — Ligera pesadez en la región frontal registraron los individuos de las observaciones 2.ª y 3.ª; además, el de la observación 2.ª manifestó que sentía sensación

de calor en toda la cabeza, sensaciones que á las veinticuatro horas habían desaparecido.

Sequedad de boca y faringe.—Muy moderada se registró en las observaciones 2.ª, 3.ª y 6.ª, la cual desapareció antes de las veinticuatro horas, excepto en la observación 3.ª, que duró dos días.

Sabor metálico.—Sólo se registró en una observación, en la 4.ª, y desapareció antes de las veinticuatro horas.

Deseo de eructar.—Se manifestó durante el transcurso del primer día en las observaciones 4.ª y 5.ª

Deducciones fisiológicas.— De los datos expuestos parece que se pueden consignar de un modo provisional tres principales deducciones: 1.ª, el yodo de la yodina se elimina pocas veces por la saliva, y en caso afirmativo, es muy efímero el tiempo que dura la eliminación; 2.ª, la eliminación por la orina es bastante rápida, puesto que en la mitad de las observaciones el yodo había desaparecido al segundo día; y 3.ª, los fenómenos de yodismo son de una insignificancia tal, que casi no merecen consignarse, y rara vez se observan.

Sin entrar en consideraciones, que nos llevarían más allá de los límites que nos hemos impuesto, llamaremos, sin embargo, la atención acerca de lo que fué para nosotros una inesperada sorpresa; es, á saber: la falta de reacción yódica en la saliva, ó cuando más, la escasa duración de la eliminación del yodo por este emunctorio, hecho positivo y evidente que nos hizo pensar en la posibilidad de que exista una estrecha relación entre la eliminación fácil y masiva del yodo por la saliva y los fenómenos intensos de yodismo de las mucosas de las primeras vías y viceversa, y en consecuencia, que tal vez hay individuos que eliminan con gran facilidad por dicha vía y son los que tienen esa gran susceptibilidad á los preparados yódicos, facilidad de eliminación que probablemente varía merced á un gran número de factores, entre los cuales tal vez ocupe uno de los primeros lugares la constitución química del producto yódico administrado.

***

De los diez enfermos que fueron tratados con la yodina á la dosis diaria de 1 á 2 gramos, administrada en cápsulas ó en forma pilular, uniéndola á un polvo inerte, en tres se hicieron algunas investigaciones, cuyos resultados vamos á exponer. En los tres se trataba de reumáticos crónicos de distintas formas y localizaciones.

Ni sobre la temperatura, ni sobre la frecuencia del pulso y de la respiración se observaron modificaciones que llamaran la atención, excepto esas ligeras irregularidades de las gráficas, que no pueden atribuirse con fundamento á la medicación administrada y la desaparición de algunas décimas por encima de la temperatura normal, que probablemente también se hubiera conseguido con el simple reposo en cama.

Presión arterial. — Examinando las gráficas respectivas, se descubre que en los tres enfermos la presión arterial descendió durante los ocho ó diez primeros días y después siguió un curso irregular de aumentos y disminuciones, quedando al mes de tratamiento aproximadamente igual que antes de tomar la medicación, aunque casi siempre por debajo de aquélla. En la observación 9.ª la presión arterial osciló en los ocho días antes del tratamiento entre 12 y 14, y en los ocho días siguientes entre 10 y 12; en la observación 10 osciló primero entre 14 y 16, y después no traspasó la cifra de 12, y en la observación 11 osciló, como en la 9.ª, primero entre 12 y 14 y después entre 10 y 12. Vése, pues, que las diferencias de presión arterial no son muy manifiestas, aunque desde luego los datos obtenidos autorizan á consignar que durante los primeros días de administrar el medicamento la presión arterial desciende sensiblemente.

Sangre.—Se hicieron dos análisis de sangre en cada enfermo, uno antes de comenzar el tratamiento y otro á las tres semanas de haberlo comenzado. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Observaciones.	ERITROCITOS		LEUCOCITOS		HEMOGLOBINA		EOSINÓFILOS	
	Antes del tratamiento.	Después del tratamiento.	Antes.	Después	Antes.	Después	Antes.	Después
9.ª	4.777.000	4.425.000	6.000	8.000	82 °/₀	74 °/₀	10 °/₀	6 °/₀
10	5.900.000	6.750.000	9.000	8.000	60 °/₀	96 °/₀	6 °/₀	8 °/₀
11	4.936.000	4.800.000	7.000	6.000	88 °/₀	85 °/₀	6 °/₀	2 °/₀

Aunque partiendo siempre de la base evidentísima del corto número de observaciones y de la desigualdad absoluta que existe en los resultados obtenidos, no parece aventurado consignar que en tesis general los glóbulos rojos, tanto por el insignificante descenso en las observaciones 9.ª y 11, como por la ganancia de cerca de un millón en la observación 10, más bien tienen tendencia á aumentar

en número, lo propio que parece aumentar el valor hemoglobínico de cada uno de ellos. En cuanto á las diferencias observadas en el número de leucocitos en general y en el de eosinófilos en particular, no creemos que de ellas se pueda desprender ninguna conclusión ni siquiera provisional, á no ser la que tal vez podría concretarse diciendo que hablan en favor de una ligera influencia moderadora de la eosinofilia.

Orina.—En uno de los tres enfermos, el cual padecía una poliartritis deformante muy avanzada, se hicieron tres análisis de orina, uno antes de someterle al tratamiento, otro á los veinte días de haberle comenzado y otro diez días después, y los datos obtenidos figuran en el siguiente cuadro:

OBSERVACIÓN 11.	ÉPOCA DEL TRATAMIENTO		
	Antes.	A los 20 días.	A los 30 días.
Densidad	1.021	1.015	1.022
Reacción	Acida.	Acida.	Acida.
Materias fijas	47'46	38'90	49'72
Urea	20'72	14'80	21'70
Acido úrico	0'47	0'33	0'42
Acido fosfórico	2'26	1'62	2'10
Albúmina	No.	No.	No.
Glucosa	No.	No.	No.
Materias biliares	No.	No.	No.

Los tres análisis revelan una composición que oscila alrededor de las cifras normales, con un descenso de los materiales sólidos en el segundo análisis y un ligero aumento en el tercero en relación con el preliminar, si bien con la especial particularidad de que dicho aumento es manifiesto en la urea y va acompañado de un descenso en la cantidad de ácidos úrico y fosfórico. Difícil, por aventurado, es deducir de estos datos que á la sola intervención medicamentosa se deben dichos cambios que parecen revelar un coeficiente mayor de oxidación intraorgánica, y un mejor aprovechamiento de los albuminóideos acompañado de un menor desgaste fosforado.

***

Los diez enfermos tratados por la yodina pueden reunirse en tres grupos, según la naturaleza del proceso patológico, en reumáticos, cardiovasculares y sifilíticos.

Reumáticos. — Componen este grupo cinco enfermos, cuyo resumen clínico es el siguiente:

Observación 9.ª *Reumatismo crónico músculotendinoso.* — Jornalero de veintiseis años, procedente de Avila, ingresa en el núm. 47 de la sala 30, el día 4 de abril de 1906; la enfermedad data de dos meses sin mejorar ni empeorar; á su ingreso, está infebril y se queja de dolores espontáneos, que aumentaban con el movimiento, en las masas sacrolumbares, en las dorsales y en la cara posterior de los muslos, especialmente en la región poplítea; la exploración permite descartar un proceso medular ó nervioso periférico; no había edemas.

Se le administraron seis cápsulas diarias de yodina desde el día 12 de abril al 4 de mayo. Se inició la mejoría de los dolores, permitiéndole sentarse en la cama el día 20 de abril, y al cabo de ocho días más los movimientos ya no provocaban dolor y sólo quedaba poca fuerza dinamométrica en los miembros superiores. El día 5 de mayo fué dado de alta, curado por completo. No hubo fenómenos de yodismo.

Observación 10: *Reumatismo muscular subagudo.* — Jornalero de cuarenta y seis años, procedente de Lugo, ingresa el día 6 de marzo de 1906 en el núm. 42 de la sala 30; su enfermedad data de un mes y está ligeramente febril, fiebre que desaparece antes de someterlo á tratamiento; se queja de dolores espontáneos que aumentan á la presión y al movimiento en los cuatro miembros y en las masas sacrolumbares; la exploración permite descartar otros procesos y descubre la limitación de movimientos y la falta de edemas.

Se prescriben 6 cápsulas de yodina el día 10 de abril, en vista de la ineficacia del tratamiento tópico empleado hasta entonces, se aumentan á 8 el día 18, y continuó el tratamiento en igual forma hasta el 5 de mayo. El día 17 manifestó que tenía menos dolores y la exploración demostró que los movimientos eran más fáciles y más amplios, mejoría que estaba muy acentuada el día 27, y se le pudo dar de alta el día 5 de mayo completamente curado. No hubo fenómenos de yodismo.

Observación 11: *Poliartritis deformante.* — Enfermo de cincuenta y ocho años, ingresa en la clínica en noviembre de 1905; su enfermedad data de varios años y ha tenido marcha progresiva en dolores y limitación de movimientos; á su ingreso se queja de dolores repartidos por todo el cuerpo, y la exploración descubre las clásicas desviaciones externas de los dedos gordos, con grandes deformacio-

nes duras en las articulaciones de los dedos de los piés, de las rodillas, y limitación de movimientos en las caderas, columna vertebral y hombros.

Después de estar sometido sin resultado alguno á varios tratamientos, el día 10 de abril se le prescriben 60 centígramos de yodina que se aumenta á 1 gramo el día 20, hasta el día 12 de mayo en que se suspende el tratamiento por no haberse obtenido ni el más ligero alivio. Del día 12 al 18 tuvo un ligero catarro ocular, que por no ir acompañado de otros fenómenos, es difícil imputar á la medicación.

Observación 12: *Reumatismo subagudo mono-articular.* — Jornalero de treinta y dos años, ingresa en la clínica el día 15 de abril de 1906; su enfermedad data de quince días, y su comienzo fué ligeramente febril y su localización la rodilla izquierda; á su ingreso esta articulación continúa siendo dolorosa espontáneamente á la presión y al movimiento, cuya amplitud está limitada, y además, está algo aumentada de volumen.

El día 17 se le prescribe 1 gramo de yodina y 2 gramos el día 20, que continúa tomando hasta el día 22, en que pide el alta muy mejorado. No hubo fenómenos de yodismo.

Observación 13: *Reumatismo infeccioso y periostitis del extremo superior del radio.*—Jornalero de veintiseis años, ingresa el día 12 de abril de 1906 en el núm. 23 de la sala 30; su enfermedad comenzó tres semanas antes, fué febril y calificada con el genérico nombre de fiebre infecciosa, y al parecer, se trató de una gripe; en la convalecencia, una semana antes de su ingreso, comenzaron á molestarle los dolores, que han ido en aumento y que en el día de su entrada sentía principalmente en los miembros inferiores, tanto á lo largo de ellos como en las articulaciones; además, en la región del codo derecho, se nota aumentada de volumen la extremidad superior del radio y dicha región es muy dolorosa, dolor que aumenta á la presión y al movimiento, que á su vez es muy limitado. El enfermo refiere que á los nueve años tuvo una luxación en esta articulación.

El día 13 de abril se le prescribió 1 gramo de yodina; el día 17 un gramo y medio con embrocaciones de tintura de yodo en el tercio superior del antebrazo y aplicación de un vendaje compresivo; á primeros de mayo se suspendió el tratamiento tópico y el día 12 la yodina. Con alternativas de mejoría y agravación en la intensidad de los dolores, llegaron éstos á desaparecer y recobró la normalidad la articulación del codo, dando el alta al enfermo el día 15 de mayo completamente curado. No hubo fenómenos de yodismo.

Cardiovasculares.—Tres enfermos componen este grupo; he aquí el resumen clínico:

Observación 14: *Estrechez de la mitral y miocarditis esclerosa.* — Jornalero, de cuareta y tres años, ingresa en la clínica el día 22 de abril de 1906 en el núm. 4 de la sala 30 y manifiesta que desde hace muchos meses padece dolor en la región epigástrica, cuyos caracteres no sufren modificación precisa por las comidas, y fatiga al andar, sin tos ni expectoración. Por haberse acentuado estos síntomas ingresa en el hospital: no hay ni ha habido trastornos digestivos; la palpación es dolorosa en el hueco epigástrico, donde se comunican violentamente los latidos cardíacos. Punta del corazón en el sexto espacio intercostal por dentro de la línea mamilar; aumentada la zona maciza cardíaca hacia el apéndice xifoides; no hay soplos; los ruídos cardíacos, sin ser reforzados, son fuertes y vibrantes en la punta; hay alguna tardía intermitencia y desigualdad; pulso muy pequeño, filiforme y depresible, sin pasar de 90. Ligera cianosis con venas muy repletas en la piel del tórax; disnea inspiratoria con depresión, á la inspiración, de los espacios intercostales, fosas supraclaviculares y algo el hueco epigástrico; estertores crepitantes en las bases; no hay edemas ni albúmina en la orina.

Tomó un gramo de yodina diario desde el día 27 de abril al día 22 de mayo, y en vista de que no se modificaba ningún síntoma y en esta última fecha había aumentado notablemente la cianosis y la disnea, se suspendió la yodina y se prescribió una sangría, con lo cual mejoró con rapidez el enfermo, que continuó en la clínica sometido á otro tratamiento. No hubo fenómenos de yodismo.

Observación 15: *Arterio-esclerosis con ataques apoplectiformes y astasia-abasia.* — Hombre de sesenta y seis años, ingresa en el número 35 de la sala 30 el día 14 de abril de 1906. Refiere difícilmente que ha padecido ataques con pérdida de conocimiento desde algunos años á esta parte; responde con dificultad é incoherencia á lo que se le pregunta. Los fenómenos salientes que demostró la exploración fueron: imposibilidad de tenerse en pié y de caminar, persistiendo la fuerza muscular y la facultad de ejecutar toda clase de movimientos activos con las extremidades estando acostado; no había paresias, parálisis ni trastornos de la sensibilidad, ni de los esfínteres; pupilas dilatadas; y arco senil muy marcado; temporales y radiales duras y flexuosas; ruídos cardíacos apagados; polakiuria.

Se le prescribió un gramo de yodina el día 16 de abril y se suspendió el día 12 de mayo. El día 27 de abril tenía la inteligencia más despejada y podía levantarse y caminar con ayuda de un bastón; desde el día 5 de mayo pudo caminar sin apoyo alguno y vestirse solo; y el día 12, había recobrado ya la normalidad de todas sus funciones perturbadas, siguiendo, como es natural, arterio-esclerósico. No hubo fenómenos de yodismo.

Observación 16: *Ateroma cerebral.*— Hombre de sesenta y nueve años, ingresa en el núm. 7 de la sala 30 el día 18 de abril de 1906. Del examen se desprende: dificultad muy acentuada de expresión, afectividad exageradísima; se sostiene difícilmente en pié, sin tener parálisis limitada de ningún género, aunque estuvo hemiplégico unos años antes; sensibilidad normal; reflejo rotuliano exagerado en el lado izquierdo; incontinencia de orina.

Se le prescribe la yodina el día 21 de abril y se le suspende el día 5 de mayo, en que pidió el alta bastante mejorado, puesto que hablaba mejor y más acertadamente, ya no se orinó en la cama en los dos últimos días y pudo caminar, aunque con gran dificultad, con las piernas muy separadas y con la ayuda de un bastón. No hubo fenómenos de yodismo.

Sifilíticos. — Los datos clínicos de los dos enfermos de este grupo pueden resumirse del siguiente modo:

Observación 17: *Hemiplegia con afasia por hemorragia cerebral sifilítica.* — Cortador de carnes, de treinta y un años, ingresa en el núm. 13 de la sala 30 en noviembre de 1905. Un año antes tuvo un chancro sifilítico; tratamiento breve é inconstante; hace dos meses, durante el día, observa que le flaquean la pierna y brazo derechos, que pronuncia difícilmente las palabras y en poco tiempo queda totalmente hemiplégico del lado derecho y afásico, en cuyo estado le encontramos el día de su ingreso.

Se le prescriben inyecciones de biyoduro de mercurio en varias series de 15, una diaria, y sólo se consigue que el miembro inferior derecho recobre el movimiento, y, aunque parésico y con el reflejo rotuliano muy exagerado, pueda caminar; el miembro superior del mismo lado se queda en flexión forzada por contractura de los flexores; la afasia persiste en el mismo estado. En esta situación se le prescibe, el día 12 de abril, un gramo de yodina, un gramo y medio el día 17 y 2 gramos el día 20, que continúa tomando hasta el día 26 de mayo, en que se sustituye por 8 gramos diarios de yoduro potásico, que á los ocho días se elevan á 12.

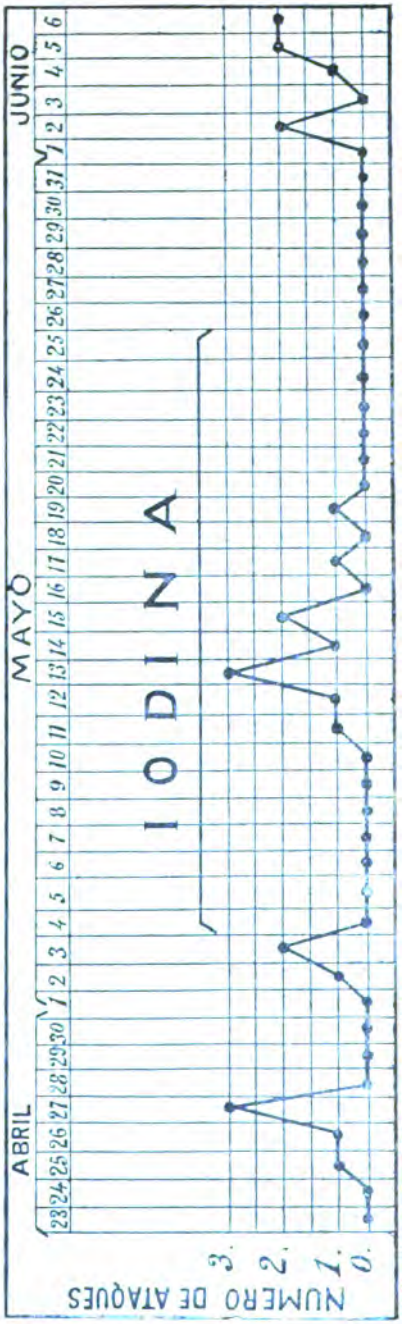
Ni con la yodina ni con el yoduro se ha modificado la paresia del miembro inferior ni la parálisis y contractura del superior. Sólo ha mejorado la afasia, pero seguramente, no por la medicación, sino por la reeducación de la palabra, á que se le sometió desde el día 27 de abril. No hubo fenómenos de yodismo ni con la yodina ni con el yoduro.

Observación 18: *Epilepsia de origen sifilítico.* — Un empleado cesante, de treinta y dos años, ingresa el día 22 de abril de 1906 en el número 24 de la sala 30, y refiere que le dan ataques desde hace dos años, cada vez con mayor frecuencia, hasta el punto de que ahora es raro el día en que no tiene uno ó más. El ataque consiste unas veces en pérdida de conocimiento, sin aura, y resolución muscular, que dura de tres á diez minutos y va seguido de gran confusión mental y amnesia absoluta de lo que hace durante la media hora ó el cuarto de hora subsiguiente; otras veces la resolución muscular va seguida de convulsiones, mordedura de la lengua y termina con emisión involuntaria de orina, y otras sólo consiste en confusión mental y amnesia total de lo que hace durante cinco, diez, veinte ó treinta minutos. Los ataques tienen preferencia por la noche. Padeció á los dieciocho años enfermedades venéreas; no ha estado sometido á tratamiento específico, y la exploración encuentra en amígdalas, comisuras labiales, cuero cabelludo, piel, ganglios y crestas tibiales, residuos imputables á un proceso sifilítico.

Se le prescriben las inyecciones de biyoduro de mercurio, y el día 4 de mayo comienza á tomar la yodina, que no suspende hasta el día 25. El efecto obtenido sobre el número de ataques diarios puede verse en la siguiente gráfica, la cual parece demostrar que la influencia de la medicación fué beneficiosa, puesto que durante la administración del medicamento tuvo dos series de días sin ataque alguno, con la particularidad de que la segunda serie, de los trece días que comprende, siete corresponden á los subsiguientes al día en que se suspendió la medicación. El día 7 de junio pidió el alta, no habiéndose observado ningún fenómeno de yodismo.

***

Tales son los hechos clínicos y los resultados de nuestras observaciones en forma bien descarnada por cierto. Y sin atrevernos, por falta de pruebas más numerosas y más decisivas, á consignar una conclusión categórica y firme, tal vez no resulta ya tan aventurado indicar que la impresión general que producen los resultados obte-



nidos es la de que, con la yodina, se obtienen efectos cuando menos tan rápidos y eficaces como con los yoduros y otros preparados yódicos cuando se administra con el objeto de obrar contra los procesos íntimos del metabolismo orgánico, como alterante, y en particular contra la perversión nutritiva especial de los vasos, llamada arterio-esclerosis, en virtud de que tal vez se opone ó contrarresta la hipertensión que suele acompañar á estos procesos, y que, como es bien sabido, no se considera actualmente como un fenómeno consecutivo á la lesión vascular, sino como la causa preliminar y provocadora de la lesión.

Probablemente las dosis han sido pequeñas, pero de todos modos, los efectos han sido más dudosos en los procesos sifilíticos de los centros nerviosos, descartadas las dificultades inherentes á una recta interpretación de la acción compleja desplegada por el tratamiento prescrito.

En fin, lo que parece más indudable, aunque no de un modo absoluto, puesto que falta la investigación comparativa con otros preparados yódicos, es que la administración de la yodina no va seguida de los fenómenos, tan frecuentes como molestos y hasta algunas veces

graves, del yodismo, lo cual tal vez encuentre su explicación, cuando menos en parte, en que rara vez se descubre el yodo en las secreciones de las vías superiores.

UN CASO DE ESTREPTOCOCCIA

POR

DON JOSÉ MONTES SANAGUSTÍN

Licenciado en Medicina y Cirugía.

Sustituía yo al titular del pueblo de La Mata (Toledo), en el mes de febrero del corriente año, cuando tuve ocasión de asistir un caso clínico interesante y digno de conocerse por varios conceptos.

A. R., casada, de veintisiete años de edad, de constitución linfática por alimentación, como ocurre en gran parte de la gente de campo, aunque dotada al parecer de robustez; sus antecedentes hereditarios no hacen al caso, y de los personales sólo es digno de mención que haya padecido cuatro años antes una erisipela de la cara, y algún mes que otro congestiones de escasa duración en la misma cara, pero á los que no se podía calificar por sus caracteres de erisipela de repetición.

Trabajaba á la sazón en el blanqueo de su casa, labor en que utilizan semanalmente cal apagada en agua, cuando me llamaron por primera vez. Presentaba un edema blanco, en forma de anteojo alrededor de ambos ojos, y se quejaba de un pequeño dolor de cabeza. Parecióme al pronto una linfangitis típica de aquella región, pero dada la ocupación de la enferma, desechè la idea, no me detuve á interrogar, y atribuyendo el hecho á la posición de bajarse con frecuencia para pintar las paredes, determiné esperar y adopté una actitud espectante.

Dos días después me llamaron de nuevo, y entonces guardaba cama. El edema blanco que invadía los párpados, era francamente rojo y limitado como el primer día, con algún punteado de vesiculitas opacas, y acusaba la enferma escalofríos cada veinticinco ó treinta minutos, junto con una cefalalgia gravativa frontal.

El termómetro marcó 36°,8. El pulso ascendía á 96 por minuto. Las excursiones respiratorias eran algo más rápidas, pero sin ser francamente disnéicas.

Era indudable se trataba de una infección exantemática, cuya naturaleza no era tan fácil precisar. Cogí el estetóscopo, y al descubrirla el pecho me sorprendió una gran mancha roja que invadía la parte anterior del tórax, y otra gran mancha igual en el lado derecho del vientre; seguí inspeccionando y ví manchas idénticas en ambas nalgas, anchas y claramente limitadas de la piel sana, perceptibles por el tacto, y que no desaparecían á la presión. En el dorso de ambas manos notábase un punteado vesiculoso, casi pustuloso del tamaño de cabezas de alfiler y que á pesar de su número se veía asentaban en la glándula de cada folículo piloso.

Exploré el aparato digestivo con resultados negativos. Lo mismo ocurría con el respiratorio. En el corazón notábase un soplo sistólico fino localizado en la punta y un ligero arrastre también de primer tiempo en foco aórtico. Pregunté por la orina, y me dijo que hacía 18 horas no tenía ganas de orinar. Hice que llenara esta función y expulsó unos 150 gramos, que luego el reactivo de Esbach me demostró que contenía 6 gramos de albúmina por litro.

Con síntomas tan alarmantes de lesión orgánica, pero con tan escasa reacción individual, había que pesar detenidamente los síntomas para esclarecer el diagnóstico.

Recordé una notable discusión habida en la clínica de mi maestro el Dr. Codina Castellví, hace dos años, cuando con notable sentido clínico diagnosticó en una enferma la retropulsión endocárdica de la escarlatina. Pero en aquel caso había la fiebre altísima y la lengua de fresa, la angina ya desaparecida y la ausencia de exantema. En el que me ocupa no tenía de común con las fiebres eruptivas sino las manchas, pero le faltaba la fiebre, la raquialgia y cefalalgia intensas de la viruela, los catarros compañeros del sarampión, el conjunto tan bien estudiado de la escarlatina, ni las náuseas, vómitos, saburra gástrica, ni lengua intestinal, que aboguen por una autointoxicación de origen digestivo, á lo que más se podría acercar por su acentuada apirexia desde el principio

De todos estos análisis quedaban en pié varios factores. Los antecedentes de linfatismo de la enferma, la erisipela que padeció con todos los caracteres que se la asignan en las obras clásicas, las congestiones frecuentes de la cara, que bien pudieran ser reacciones periódicas de un microbismo latente, ó para hablar con mayor propiedad, de una infección no destruída por completo. La circunstancia del trabajo á que se dedicaba, que bien pudo motivar una irritación de la piel de los párpados, localización en ella de una linfangitis

que por su predilección á asentar en el tejido adenoideo dérmico podríamos filiar de antemano ya entre las producidas por estreptococos. Un proceso de generalización sorda de la infección que obraba sin gran aparato febril, pero manifestándose por continuados escalofríos, mientras probablemente realizaba emigraciones profundas en las vísceras, más acentuadas en los aparatos cardíaco y renal; los anchos equímosis en sábana de la piel del tronco y el punteado vesiculoso del dorso de las manos y cuya extensión con prurito se iniciaba también en la cara, eran todos elementos que, á pesar de la falta de un diagnóstico bacteriológico, me decidieron á tratar la afección como caso de estreptococcia, porque la erisipela no era regional, sino total y con cortejo de serias complicaciones.

Mientras se traía de Madrid el suero antiestreptocóccico, que encargué lo buscara á un amigo mío y compañero, prescribí una poción con digital y cafeína, que calmó algo la fatiga de la enferma, una pomada á base de ictiol para la cara, y ordené dieta láctea absoluta.

Siguió en el mismo estado la enferma veinticuatro horas después, con escalofríos menos frecuentes y con la misma curva del día anterior de pulso y temperatura. Me trajo el compañero seis frascos de suero antiestreptocóccico Roux, del Instituto Pasteur, similar del antidiftérico de igual procedencia.

A las doce de la noche le practicamos la primera inyección de 10 centímetros del suero en la región del vacío izquierdo. Suspendí la poción y la pomada, y solamente siguió con la leche.

Tres horas después experimentaba la enferma notable sensación de bienestar. A las ocho de la mañana del día siguiente orinaba más, ascendiendo en las veinticuatro horas la cantidad de orina á 1.600 gramos, y disminuyendo la tasa de la albúmina en proporción total con la cantidad expelida; de modo que alcanzaba á un 2 por 1.000. El soplo mitral persistía y había menos prurito en la erupción.

A las ocho de la noche, ó sean veinte horas después de la primera, inyectamos igual cantidad de suero en el mismo sitio. Doce horas más tarde la mejoría era completa. Desaparición de la endocarditis, abolición de la albuminuria, marchitamiento completo de las vesículas en vías de transformación purulenta de manos y cara, colorido ligeramente violado de las manchas del tronco que sufría la vulgar evolución tan conocida de los equímosis producidos por derrame capilar confluente, desaparición del rodete que limitaba la piel sana de la enferma y un estado general tan bueno, que juzga-

mos acertado el diagnóstico, útil el tratamiento, y hasta si se me permite la frase, exclusivo y específico el remedio.

Dejamos transcurrir veinticuatro horas más sin nueva inyección; la mejoría se hizo estacionaria, la albuminuria hizo su reaparición, incidente que me obligó á interrogar á la enferma si seguía tomando los tres litros diarios prescritos de leche, y la cual me dijo rebajó la cantidad ingerida, porque la cansaba, hasta litro y medio. Tomó de nuevo lo ordenado, desapareció la albúmina, pero noté nuevamente el soplo fino que tenía su máximum en la punta del corazón, y algo más de hinchazón en la cara.

En vista de esto, y cuarenta y ocho horas después de suspendidas las inyecciones, acudí á ellas de nuevo á la dosis de 10 cm.³ diariamente, y á la tercera aplicación de esta serie, ó sea á la quinta de los frascos que recibí, la enferma salía á tomar el sol á la puerta de su casa, sin rastro alguno de la erisipela padecida, y lo que es más admirable, sin descamación alguna de la piel, siendo resultado del tratamiento el marchitamiento total y completo de exantema y vesículas, al par que curación radical de las localizaciones viscerales que tan seriamente amenazaron su vida.

Diez días después de entrar en la vida habitual apareció dos mañanas con los párpados hinchados. La dieta láctea suprimió en absoluto este accidente de causa renal, y como reconstituyente la ordené durante un mes la fórmula siguiente:

Cacodilato sódico	0'60	gramos
— de hierro	0'80	—
Extracto de genciana	2	—
Óxido magnésico	c. s.	

M. h. s. a. 30 píldoras iguales, tomando dos al día.

siendo actualmente completa su curación.

***

He descrito á todo intento los hechos escuetos, para procurar obtener de los mismos algunas conclusiones.

La estreptococcia está perfectamente demostrada, si no *a priori*, por el diagnóstico bacteriológico, *a posteriori* sí por el éxito del tratamiento.

¿Qué causas motivaron su aparición? ¿Sería, como casi siempre, producida por un microtraumatismo — excoriación, irritación epidérmica por la cal—su localización primitiva en los párpados? ¿Serían restos infecciosos de un proceso que no curó después de cuatro

años transcurridos de la primera erisipela, haciendo verosímil la opinión sustentada por muchos bacteriólogos del microbismo latente en esta afección? Tal vez hayan intervenido todos esos factores para completar los síntomas observados; pero en mi humilde opinión, el carácter atípico de la enfermedad debé buscarse en su repetición, que aun haciendo lesiones más intensas y extensas, encuentra en el organismo reacciones menos violentas, sin que por eso deje de ser tan primitiva en su postrera irrupción como la primera vez en que con mayor aparato febril y menos cortejo de síntomas alarmantes apareció. Con una razón más en apoyo de esto, pues la observación clínica ha demostrado ser la menos inmunizable en sus repetidos ataques esta infección.

¿Es un recurso útil el suero antiestreptocóccico? ¿Podrá señalársele la exclusiva como medicación específica en las manifestaciones proteiformes de la estreptococcia, sobre todo en los casos graves de la misma? ¿Desarrollará el suero propiedades inmunizadoras para el porvenir de estos pacientes? En el caso que se estudia, ¿no pudo ser el curso de siete días lo suficiente para realizar la curación de la dolencia, ó se hubiera logrado lo mismo con los tópicos habituales, tónicos aconsejados, etc., etc.?

Un caso no puede inducirnos á sentar criterio clínico. Creo, por hoy, que el suero Roux y sus similares, á la dosis de 10 cm.^{3} cada veinticuatro horas, es uno de los recursos heróicos á que se puede apelar, y con las siguientes ventajas: marchitamiento de lesiones; abolición de las complicaciones viscerales, sin añadir otras nuevas; acortamiento de la convalecencia, y podría asegurar que debe desecharse el temor á la albuminuria, que suele imputarse á estos sueros, pues ni con el antidiftérico lo observé en dos casos, completamente curados á las cuarenta y ocho horas, ni en el que me ocupa hubo más, si se tiene la precaución de ser muy riguroso en la observancia de la dieta láctea, que es la verdadera salvaguardia del riñón cuando se tema la aparición de la nefritis albuminúrica.

BIBLIOGRAFÍA

POR

DON JOSÉ MONMENEU Y LÓPEZ REYNOSO

Vicepresidente de la Junta provincial de Sanidad, de Madrid.

Manual de práctica sanitaria, dirigido y anotado por el Dr. Enrique H. Barnet, jefe ejecutivo del Departamento de Sanidad de la Habana y Vocal-Secretario de la Junta superior de Sanidad.

El Departamento de Sanidad de la Habana ha publicado este libro, que consta de más de 1.100 páginas en 4.° y contiene numerosos grabados. Obra oficial, está redactada por varios médicos y por el ingeniero Sr. Figuerola Cowan, pertenecientes todos á la Sanidad de Cuba. El Dr. Barnet, que ha dirigido y unificado el trabajo de los colaboradores, señala en el prólogo el objeto de su publicación: «servir de alguna utilidad á los que en Cuba, por razón de sus cargos oficiales ó del ejercicio profesional, están en el deber de prestar atención asidua á los asuntos de Sanidad; extender los conocimientos de la moderna ciencia sanitaria». No tiene fin didáctico, así lo consigna el mismo prologuista; sólo aspira á la propaganda oficial entre contados elementos nacionales.

Sería, pues, impertinente hacer la crítica, si el libro no contuviera enseñanzas que pueden y deben ser aprovechadas fuera de las fronteras cubanas, y no nos hubiera parecido sencillamente hermoso y digno de ser conocido por los lectores de la Revista de Medicina y Cirugía prácticas.

Divídese en dos partes. La primera es una serie de monografías de las enfermedades transmisibles, de declaración obligatoria, estudiadas desde el punto de vista de su profilaxia especial ó individual. La segunda comprende estudios particulares de los medios de que dispone la higiene colectiva para la defensa de las enfermedades infecciosas en general, y singularmente para el saneamiento de las poblaciones.

El ilustre D. Carlos J. Finlay, á cuyas sabias investigaciones se deben los conocimientos actuales de patogenia de la fiebre amarilla, las bases de su profilaxia y la extinción, por último, de la enfermedad en la joven República; y los Dres. Guiteras, Jacobsen, Díaz Albertini, Clark, Vila, Agramonte, Santos Fernández, Dueñas,

Aróstegui, Aragón, Albo, Dávalos, Varela, Barnet, Torralbas, San Martín y Lebredo, son los autores de las monografías. Todas están ajustadas al mismo pensamiento : dar á conocer la etiología y patogenia de las enfermedades infecciosas, como fundamento de las medidas profilácticas utilizables contra cada una de las individualidades morbosas. Complemento de este estudio es uno del Dr. Emilio Martínez, que contiene la técnica de la recolección de muestras patológicas que han de enviarse al laboratorio para fijar el diagnóstico, y un cuadro sinóptico, hecho por los Dres. Dieudonne y Gutiérrez, de la incubación, etiología y profilaxia de las enfermedades transmisibles.

Los estudios que contiene la segunda parte del libro son todos interesantísimos y además de dar idea de la notable labor sanitaria realizada en la Habana, contiene noticias de mucho interés. Allí dan á conocer detalladamente la organización, procedimientos y marcha del Departamento de Sanidad de la Habana, el Departamento de cuarentenas y el de inmigración, el Laboratorio de la Isla de Cuba y otros centros sanitarios, los Dres. López del Valle, Roberts, Menocal y Barnet, y se exponen por diversos autores, entre los cuales descuella el Sr. Figuerola por su estudio de ingeniería sanitaria, las diversas medidas adoptadas para el saneamiento de los edificios en todas sus aplicaciones, los vehículos, las aguas y cuanto cae bajo la jurisdicción de la higiene pública.

Lo más saliente de este Manual es el esmero, la prolijidad con que están estudiados todos los detalles sanitarios, sin cuya severa aplicación no es posible hacer prácticamente eficaz la defensa contra las enfermedades infecciosas y el saneamiento de las poblaciones. Es un libro de educación sanitaria que enseña para qué sirven, por ejemplo, la declaración obligatoria, el aislamiento y la desinfección; cómo han de practicarse; la responsabilidad en que incurren todos aquellos que por indolencia ó incultura se sustraen á tales preceptos. En este sentido, es digno del mayor encomio. Sin la declaración obligatoria, religiosamente cumplida por quienes á ella están obligados; sin la práctica de las medidas que se deriven del conocimiento de la existencia de un caso infeccioso, resultan totalmente inútiles las disposiciones sanitarias. De ahí la necesidad de una perfecta organización, de que puede servir de modelo aquella á que aludimos.

No se necesitan nuevas leyes para mejorar la salubridad pública. La Isla de Cuba se sirve, según declara el Manual, de casi todas las

de España. Ha modificado solamente lo que debía ser modificado por razón de los progresos científicos, y ha logrado la transformación sanitaria, porque emprendió y continúa con la perseverancia del convencimiento, la obra altruista de redimir muchas vidas por medio de la extinción de las causas de las enfermedades infecciosas.

Lo que falta en primer término, es la fe en la utilidad y la trascendencia de las prácticas sanitarias. La higiene es una palabra que está de moda ahora en todos los labios, y que pocos tienen en el corazón. Por eso la resistencia de los de abajo á someterse á sus consejos; la indiferencia con que los de arriba escuchan sus preceptos y la falta de energía para el correctivo á sus infracciones.

El *Manual de práctica sanitaria*, cuya lectura recomendamos, enseña entre otras muchas cosas con qué facilidad se mejora, cuando hay firme voluntad de conseguirlo, la salubridad de un pueblo, y cómo se extinguen las enfermedades infecciosas ó atenúan sus estragos sin acudir á la terapéutica, con sólo las previsiones de la higiene.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Un caso de fractura de la bóveda del cráneo con herida del seno longitudinal superior. — En el *Boletín del Colegio de Médicos de Sevilla*, publica D. A. López Carmona, el siguiente caso referente al niño L. M. G., de once años, lesionado la tarde anterior por una fuerte contusión en la región occipito-parietal, y curado de primera intención.

Cuando se reconoció el apósito estaba limpio, el enfermo tranquilo, su temperatura y pulso eran normales, no aquejaba mareos, ni dolor de cabeza, ni vómitos y sólo hablaba de la herida que el día anterior le habían hecho. Aquel día se dejó á dieta, se le puso como bebida usual agua azucarada y se le dejó en reposo absoluto en cama.

Ya la tarde del primer día había tenido 38°,4, había vomitado una vez y se quejaba de dolor de cabeza, síntomas que se acentuaron más el segundo día, siendo los vómitos casi constantes, la temperatura entre 38 y 39°, fuerte el dolor de cabeza, muy pronunciados los mareos, sobre todo al cambiar de posición, lento en extremo el pulso, y saburrosa la lengua con astricción de vientre. Alarmado con este cuadro de meningismo, levantó el apósito, aunque permanecía limpio, con objeto de reconocer la herida;

ocupaba ésta la región occipitoparietal, tenía unos 5 centímetros de extensión, era casi transversal, sus bordes estaban algo tumefactos, había algún dolor al tacto en los alrededores, poca sangre en los labios ni en el apósito y estaba situada exactamente en la línea media. Separados ligeramente sus bordes, cosa no difícil por comprender todo el espesor del cuero cabelludo, y reconocido su fondo con una sonda acanalada, fácilmente se notó que el plano óseo estaba fracturado, que había hundimiento, y que los fenómenos de meningismo que presentaba el enfermo serían debidos, por lo menos, á la compresión, ya que no á una verdadera meningitis. Estaba, pues, indicado descubrir la fractura y obrar en consecuencia. Este día siguió el enfermo con el mismo plan, se le administró un purgante salino que, aunque vomitado en parte, produjo su efecto, y se le lavó, afeitó y aseó la parte enferma para ser operado á la mañana siguiente.

Puesto el hueso al descubierto reconoció una fractura estrellada, situada en su mayor parte á la izquierda de la línea media, bastante extensa, con hundimiento del plano óseo, y cuya parte más hundida correspondía á la línea media.

Vista la imposibilidad de levantar los fragmentos con ningún instrumento apropiado, procedió á aplicar la corona de trépano más pequeña en el borde izquierdo de la fractura, al objeto de poder después, con el elevador ó con la pinza gubia, resecar todo el fragmento de hueso fracturado que comprimía las meninges y el encéfalo. Aplicada la corona y vista la imposibilidad de extraer los fragmentos con el elevador, procedió á resecarlos con la pinza cortante, trabajo que se hizo sin dificultad y con todo el cuidado posible, cuidado que se fué redoblando á medida que llegó á la línea media, que de intento dejó para el fin.

Ya casi concluída la operación, quedaba una laminita ósea muy delgada, que parecía desprendida de la superficie interna del hueso, que estaba al parecer suelta, y como flotando en el espacio epidural: se cogió con una pinza de Peam, y al hacer una ligera tracción para quedarse con ella, se vino una terrible hemorragia del seno longitudinal superior; soltó en seguida la lámina y aplicó el dedo al sitio durante un rato, pasado el cual, levantó el dedo y no salía sangre, pero la lámina ósea estaba en su sitio; nuevo intento de tracción y nueva hemorragia que se cohibió en el momento de soltarla y volver á su sitio, como llevada por un resorte. Cuantas veces se intentó la extracción, otras tantas ocurrió lo propio.

En vista de esto decidió dejarla y esperar los acontecimientos. Como la operación estaba terminaba, lavó la herida perfectamente, se colocó en el sitio de la hemorragia una compresita de gasa esterilizada, se reaplicaron los colgajos sin puntos de sutura y se colocó el apósito apropiado ligeramente compresivo.

Pasadas las primeras molestias del cloroformo, el resultado de la operación no pudo ser mejor; cesaron los vómitos y los mareos, bajó la temperatura á la normal, el pulso se hizo algo más frecuente y el aspecto del enfermo era más animado; el apósito estaba limpio, y, por consiguiente, no se le tocó.

En este estado pasaron tres días, al cabo de los cuales, se levantó el apósito con gran cuidado, despegando las gasas muy poco á poco, y sin ha-

cer tracciones; puesta la herida al descubierto no salió ni una gota de sangre, no había supuración y la superficie se iba mamelonando; ya no se colocó compresa de gasa sobre la herida del seno, sino que se adaptaron los colgajos, se puso una cura simple al sublimado y una venda un poco compresiva.

Tratándose de un niño de once años, en el que la adherencia de la dura madre á las suturas es mayor, y tratándose de una lámina de hueso en la sutura sagital, formando parte de la pared superior del seno, y asegurada su nutrición por el exuberante riego sanguíneo de esa parte, no es extraño que se organizara y siguiera viviendo, sirviendo al mismo tiempo de tapón obturador para la curación de la herida del seno.

El enfermo siguió bien, no volvió á tener fiebre, cesaron los mareos, los vómitos y los dolores de cabeza. Cada dos ó tres días se le renovaba la cura; la herida siguió su curso normal y apenas si segregó unas gotas de pus. Empezó á comer con apetito al quinto día de operado, muy pronto abandonó el lecho, sin volver á sentir el más ligero mareo, y próximamente al mes de la operación, fué alta completamente curado. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ASOCIACIÓN FRANCESA PARA EL PROGRESO DE LAS CIENCIAS

XXXV sesión anual celebrada en Lion del 2 al 9 de Agosto de 1906.

(Conclusión)

Datos para el estudio del serodiagnóstico de la tuberculosis.— El Dr. G. FERRÉ: La serorreacción tuberculosa ha sido descubierta y utilizada en práctica por Arloing y después por Arloing y P. Courmont. Estos observadores hacen obrar el suro que van á ensayar sobre cultivos homogéneos del bacilo de Koch y observan, si la reacción es positiva, la aglutinación de estos últimos. Se han hecho algunas variaciones, se han tomado como cultivos de ensayo cultivos de bacilos homogéneos muertos y conservados por el formol. Se han puesto en contacto con el suero de los individuos sospechosos emulsiones de bacilos de Koch muertos y triturados (Behring), emulsiones de bacilos de Koch en agua ligeramente salada (Wright), emulsiones artificiales de bacilos muertos adicionadas de antisépticos (Jousset y Paraskeropoulos), la pulpa bacilar obtenida filtrando por la bujía de Chamberland, bacilos triturados en agua destilada, bacilos procedentes de cultivos desechados, triturados, pulverizados y diluídos én una disolución de ácido fénico al 5 por 100 y de sal común al 0'85 por 100 (Koch).

Estos diferentes procedimientos tienen por objeto observar y calcular el valor de la acción aglutinante de los sueros sobre el bacilo tuberculoso. Parece indudable, *a priori*, que esta aglutinación se ejerce de preferencia sobre el bacilo de Koch, que es el más aglutinable, ó mejor dicho, puesto que esta propiedad varía bastante, sobre el bacilo de Koch, que se presenta en las mejores condiciones posibles para ser aglutinado. El bacilo homogéneo empleado por Arloing y P. Courmont, bacilo aislado, bacilo ligeramente movible, llevado sin duda por estos dos autores á este estado particular precisamente á fin de que sirva para calcular la aglutinabilidad, este bacilo, repito, llena las condiciones exigidas mejor que los bacilos muertos, mejor que los bacilos de los cultivos ordinarios reunidos en masas más ó menos voluminosas, más ó menos contorneados. El procedimiento de Arloing y Courmont me parece el más sensible de todos. Es el que he adoptado en mi laboratorio.

Obtenido el cultivo homogéneo bien aglutinable, sólo queda que hacer el serodiagnóstico. Puede emplearse el cultivo de diez ó de doce días, como recomendaban antes Arloing y P. Courmont, como seguimos haciendo en la creencia de que los microbios están en él más separados, y el cultivo es más homogéneo. Puede también dejarse envejecer y hacerse más opaco, después diluirle con agua salada fisiológica esterilizada para obtener un tinte lactescente por la agitación. Se introducen en tubos pequeños esterilizados mezclas al $^1/_5$, $^1/_{10}$ y $^1/_{20}$ del suero que ha de ensayarse con estos cultivos; se toman como testigos un tubo que contiene el cultivo puro y otro que presenta una aglutinación tipo hecha con suero de acción comprobada. Se juzga, según el orden de los tubos que se aglutinan, en un tiempo que varía de dos á seis horas, del grado de actividad del fenómeno y, por lo tanto, de la potencia aglutinante. Para no proceder inútilmente, antes de hacer las mezclas se examina en el campo del microscopio una mezcla gota por gota de cultivo y de suero, comparándolas con una preparación que contenga sólo el cultivo. Si no hay aglutinación en esta mezcla á partes iguales, es inútil buscar la serorreacción en los tubos, porque el resultado es negativo. Así es como se practica la serorreacción.

Poco después de emplear Arloing y P. Courmont su procedimiento, que tiene la grandísima ventaja de no introducir en el organismo de los enfermos substancia alguna extraña, dieron á conocer resultados interesantísimos.

El suero de los tuberculosos es con mucha frecuencia aglutinante (87'9 por 100), pero el resultado es en ciertos casos negativo (12'1 por 100). En los enfermos no tuberculosos, según la clínica, se observa en el 34'6 por 100 de los casos la serorreacción positiva, y en el 65'4 por 100 la negativa. En los sujetos, al parecer sanos, la serorreacción es positiva en el 26'8 por 100 de los casos y negativa en el 73'2 por 100.

En resumen, aunque en la mayor parte de los casos los tuberculosos dan una reacción positiva, en algunos es negativa Además, en muchos individuos no tuberculosos, según la clínica (34'6 por 100), y en bastantes sanos (26'8), la reacción es positiva. Aunque el método es, en ciertos casos, diferente en lo que se refiere á los tuberculosos, permite, por el contrario, descubrir la existencia de la tuberculosis en estado latente en muchos indiv-

duos que, según la clínica, no son tuberculosos. Arloing y P. Courmont manifiestan que el método es deficiente, sobre todo cuando el suero procede de animales que padecen tuberculosis aguda ó caquéctica.

Los hechos citados por Arloing y P. Courmont fueron comprobados casi inmediatamente después de la comunicación de estos autores.

De las observaciones de serorreacción que he hecho se deduce que en el tercio próximamente de las personas sanas se observa que es positiva. En la tuberculosis infantil, igual que en la de los adultos, las serorreacciones son menos elevadas que en los casos más graves. Los primeros resultados de Arloing y P. Courmont demostraron ya que, excepto en los casos agudos y graves de la tuberculosis, cuando el organismo reacciona de una manera enérgica contra la infección, la serorreacción positiva suministra indicaciones de gran valor desde el punto de vista del pronóstico. Estas conclusiones han sido aceptadas en general.

Besançon, Griffon y Philibert han observado cuatro veces la serorreacción positiva en diecisiete individuos sanos. En cambio fué negativa en tres tuberculosos, dos de los cuales expulsaban bacilos en los esputos, en uno de cuatro casos de tuberculosis local y en cuatro de cinco de lupus.

Muchos observadores han encontrado la serorreacción positiva en otras enfermedades además de la tuberculosis. Hawthorn la ha observado también en personas tratadas por el mercurio. Se objeta á la reacción positiva en las personas sanas que es dificilísimo diagnosticar la tuberculosis.

Para afirmar que un individuo no es tuberculoso deben haberse ensayado la tuberculina, el examen microscópico y la inoculación de sus secreciones.

Cuando se observan reacciones negativas en casos de tuberculosis confirmada incipiente, ¿se tratará de una exacerbación?

En lo referente al valor positivo de la serorreacción en las enfermedades agudas, el problema merece un estudio detenido. Cuando se observa una reacción positiva en ciertos casos de enfermedades agudas, porque indudablemente no lo es en la pulmonía, la gripe, etc., puede creerse que estos enfermos tienen, á la vez que la afección aguda de que se trata, gérmenes de tuberculosis. No llevaré al extremo la idea de la coexistencia de dos afecciones; pero sabemos con cuánta frecuencia se encuentra la tuberculosis al practicar las autopsias. Para explicar la existencia de una acción aglutinante en las enfermedades agudas, ciertos observadores (Besançon, Labbe, etc.), creen que las aglutininas enérgicas formadas por el bacilo de Eberth, por el neumococo, etc., carecen del carácter específico absoluto que vuelven el bacilo homogéneo á su estado primitivo. El bacilo homogéneo proviene, como sabemos, del bacilo de Koch ordinario. Sin embargo, Arloing y P. Courmont han observadó que los sueros que aglutinan el bacilo de Eberth no ejercen la misma acción sobre el de Koch, porque es posible conferir á los conejillos de Indias, á los perros, á los carneros, una propiedad aglutinante enérgica por el bacilo de Eberth, pero sin que el suero posea dicha propiedad respecto al de Koch. La cuestión es aún dudosa; pero hasta que no se resuelva, es preciso abstenerse en las enfermedades agudas de interpretar, *a priori*, los resultados positivos en favor de la tuberculosis. Es necesario, para resolver este problema, hacer nuevas investiga-

ciones é interpretar los hechos con una precisión imposible de conseguir muchas veces.

En resumen, los resultados obtenidos por Arloing y P. Courmont, conservan aún casi por completo su valor primitivo. El valor positivo de la serorreacción, si es debida al suero de individuos apiréticos, constituye una presunción fundada, una seguridad de tuberculosis en la mayor parte de los casos. La constancia de este estado positivo aumenta por la significación. En los individuos sospechosos de tuberculosis, excepto en las afecciones agudas de forma tifoidea, que hacen pensar en la granulia, la serorreacción negativa es un signo de verdadero valor para diagnosticar la falta de tuberculosis.

Valor semeiológico de la reacción aglutinante en los tuberculosos. Serodiagnóstico. Serepronóstico.—El Dr. P. Courmont: La propiedad aglutinante de los humores de los tuberculosos es un síntoma de importancia, sobre todo si se considera en todas sus variaciones con la edad del sujeto, la localización, la forma, la gravedad de las lesiones y en sus relaciones con los otros síntomas de infección ó de defensa.

Para estudiar de buena manera la serorreacción, debe hacerse en las condiciones de técnica indispensables referentes á la elección del bacilo, los cultivos y el manual operatorio. Se necesitan cultivos de origen humano, homogéneos, de un bacilo de Koch bien aglutinable. Se le cultiva en caldo glicerinado al 5 por 100 en matraces que se agitan todos los días. Se toman cultivos de buen género, de cuatro á cinco semanas, se les diluye 50 á 60 veces con agua salada al 8 por 1.000 y esterilizada. Se conservará siempre en frío y en la obscuridad un suero de muestra de mucha capacidad aglutinante, en un tiempo dado, conocida; servirá para comprobar el grado de aglutinabilidad de los cultivos diluídos. Estos no se emplearán hasta que den con el suero de muestra el grado de aglutinación en un tiempo dado, generalmente de tres á cinco horas. Para los sueros de hombre adulto, se harán mezclas de éstos con el cultivo diluído á 1 por 5, por 15, etc. Sólo se tendrán en cuenta las reacciones típicas y apreciables á simple vista de tres á cinco horas.

Hay algunos principios generales cuyo olvido conduce á errores graves de interpretación:

1.° La reacción aglutinante no es específica por sí propia. No es válida para un individuo más que á contar del límite superior del poder aglutinante del suero de los individuos normales de la misma especie y edad.

2.° La reacción aglutinante no revela únicamente las infecciónes existentes, sino las que sobreviven al período de infección y pueden prolongarse bastante tiempo después de curado el enfermo. En un individuo afectado de estrechez uretral ó de esclerosis renal de causa desconocida, la existencia de la propiedad aglutinante elevada y persistente de la sangre sobre el bacilo de Koch, podrá hacer sospechar el origen tuberculoso (impregnación tóxinica) de estas lesiones. Hemos observado, como el Dr. Teissier, que la gran frecuencia del serodiagnóstico tuberculoso positivo en los individuos afectados de estrechez mitral es un argumento más en favor del origen tuberculoso de esta lesión, dado que semejante frecuencia no se observa en las otras afecciones cardíacas.

[illegible] clínico necesita aquilatar el valor de este argumento [illegible] en general, y para una serie de casos análogos, la existen[illegible] es un argumento en favor de una hipótesis patóge[illegible] patógeno). Pero es preciso no incurrir en una causa de [illegible], que tiene por base el razonamiento siguiente: «Tal [illegible] tiene un suero que aglutina el bacilo de Koch; por consiguiente, [illegible] y tiene lesiones tuberculosas (en el sentido clásico y ana[illegible] palabra)»; porque la única conclusión exacta es, en este caso, [illegible]: «Por lo tanto, el individuo está impregnado de las toxinas [illegible] tuberculosis».

[illegible] serorreacción con el suero sanguíneo no sirve para hacer el diag[illegible] localización. El serodiagnóstico local de los derrames tubercu[illegible] el único que da á la vez la prueba de la infección causal y de la [illegible].

[illegible] La propiedad aglutinante de los humores es debida á la reacción del [illegible]mismo, que se manifiesta *durante y después de la infección;* está en razón [illegible] con la lucha de la economía y llega al máximum en el momento de [illegible] victoria de ésta, es decir, al fin del período de estado y en la convalecen[illegible]; desaparece, por el contrario, muchas veces, ó se atenúa y hasta no se manifiesta cuando la infección es muy intensa y produce la muerte. Se halla, por lo tanto, al parecer, en relación íntima con las reacciones defensoras del organismo; puede calificarse, en menos palabras, de *reacción de defensa*; es la teoría que defendemos hace nueve años.

Desde 1898 hemos estudiado la serorreacción en más de 1.200 sujetos adultos, enfermos ó sanos, al parecer, habiendo obtenido como serorreacciones positivas:

1.° En los tuberculosos confirmados.....	80 á 90	por 100
2.° En enfermos de hospital no considerados como tuberculosos desde el punto de vista clínico..	35 á 40	—
3.° En individuos al parecer sanos.....	30	—

Estas cifras deben ser comentadas según la categoría de los sujetos.

I. En los tuberculosos. — Las variaciones de la aglutinación deben ser consideradas según la forma, la localización, la gravedad de las lesiones y la edad del sujeto:

a) *Cuestión de la localización de las lesiones.* — *Las tuberculosis muy localizadas* (llamadas quirúrgicas) suelen ser menos aglutinantes que las otras (75 por 100 según la tesis de Clément). En el lupus ordinario (25 casos) ó eritematoso (7 casos) hemos observado, con Nicolas, casi la misma proporción. En las *tuberculosis viscerales*, pulmonares, pleuropulmonares, serosas intestinales y peritoneales, se observa con más intensidad la aglutinación.

b) *La aglutinación según la edad.* — La sangre del recién nacido, aunque *la madre sea tuberculosa*, jamás se aglutina (Romberg, Descos). La de los niños tuberculosos (de menos de ocho años) no es tan aglutinante como la del tuberculoso adulto; de modo que la reacción aglutinante es más significativa, con proporciones menos elevadas, en el niño (1 por 100, por ejemplo). A medida que el niño tiene más edad, el valor de las aglutinaciones elevadas aumenta. En el adulto la proporción es la indicada. En el anciano

(Froment) no se observa aglutinación en las tuberculosis curadas hace mucho tiempo, así es que la serorreacción es menos frecuente que en el adulto; en un anciano que no es tuberculoso desde el punto de vista clínico, la aglutinación francamente positiva tiene grandísimo valor para descubrir un foco de tuberculosis latente, que en la mayor parte de los casos se halla todavía en actividad.

En resumen, la frecuencia de la aglutinación varía según la edad; partiendo de que en el recién nacido se eleva progresivamente con los años, llega al máximum en el adulto y vuelve á descender en el anciano, en el que la tuberculosis es más rara.

c) *Influencia de la gravedad y de la marcha de la tuberculosis sobre la aglutinación.*—En general las *tuberculosis más graves, de marcha rápida, son las de proporción mayor de serorreacciones nulas ó débiles.* En el 10 á 15 por 100 próximamente de los tuberculosos confirmados, no se observa aglutinación; son casi todos tísicos avanzados, caquécticos, y sobre todo enfermos de granulia, neumonía caseosa, meningitis, es decir, de afecciones de marcha grave y rápida, lo mismo en el niño que en el anciano. Es un hecho notable que el líquido seroso de las meningitis jamás es aglutinante; lo mismo ocurre con el de las pleuresías granúlicas ó hemorragias graves ó serosas mortales, y en cambio el de las pleuresías benignas lo es en alto grado. Pleuresías *a frigore*, tuberculosas, pleuresías ó pericarditis secas, enfisemas ó bronquitis crónicas con lesiones fibrosas muy discretas, peritonitis ascíticas, tuberculosis localizadas del intestino, tuberculosis articulares, ganglionares benígnas, etc., tales son las formas en las que la aglutinación es la regla, y casi siempre elevada.

En una tuberculosis ganglionar, gravísima y extensa, de forma de adenitis, no se observa la serorreacción; todo lo contrario ocurre en las formas localizadas de adenitis cervicales, que curan casi siempre. Además, se ve con frecuencia que la propiedad aglutinante, nula al principio de una afección tuberculosa (pleuresía), aumenta á medida que se afirma la curación, y, recíprocamente, dicha propiedad puede desaparecer al aproximarse el desenlace fatal.

Finalmente, la experimentación en el animal, con tuberculosis de diferentes virulencias, confirma cuanto llevamos expuesto. El desarrollo del principio aglutinante, en los animales, se halla al parecer en razón inversa de la virulencia de la infección y directa de la resistencia del sujeto ó de la especie tuberculizada. Es verdad que, en práctica, en el hombre la aglutinación fuerte no presagia necesariamente la curación. Se ven con frecuencia sujetos afectados gravemente y cuya serorreacción es intensa; pero son por lo general personas que resisten relativamente bien, ó desde hace mucho tiempo, á una infección muy virulenta. La intensidad de la aglutinación no significa siempre «victoria», sino casi siempre «resistencia» del sujeto, resistencia cuya importancia puede compararse con la gravedad de la infección, tal como la revelan los otros síntomas. En cambio, la poca intensidad ó la disminución de la aglutinación significan, ó bien «infección intensa», ó «resistencia débil».

d) *¿Persiste la aglutinación después de curadas las lesiones?* La propiedad aglutinante de los humores persiste después de la curación, igual que en

todas las infecciones, ó al menos después de la curación aparente y tal como se observa en el hombre. En los perros, á los que hemos inoculado en la pleura cultivos de tuberculosis, el principio aglutinante ha persistido varias semanas después de curar la pleuresía, aunque al hacer la autopsia no encontramos rastro de lesiones. A la larga la propiedad aglutinante desaparece lo mismo en el hombre que en el animal tuberculizado y curado. La estadística de Froment prueba que la serorreacción es más rara en el anciano que en el adulto á causa de la extinción de las lesiones tuberculosas, aunque se encuentre un foco cicatrizal al hacer la autopsia. Hemos observado con frecuencia pequeñas cicatrices fibrosas de los pulmones sin aglutinación reciente.

II. **La aglutinación en los sujetos sanos ó en los enfermos no tuberculosos en apariencia.**—Nuestra estadística de 1900 da el 27 por 100 de serorreacciones positivas en los *sujetos sanos en apariencia* (de veinte á treinta años). Después hemos hecho investigaciones en 102 soldados robustos, al incorporarse en filas, obteniendo los resultados siguientes:

59	reacciones	francamente negativas, ó sea	58	por 100.
29	—	positivas, ó sea	23'5	—
11	—	dudosas, ó sea	18'6	—

A los tres años estos sujetos fueron examinados de nuevo. La morbilidad fué ligera en las tres categorías; de los 24 en los que la reacción fué positiva, 3 eran tuberculosos; de los 19 de reacción dudosa, 2 eran también tuberculosos; de los 59 de reacción negativa, 2 padecían tuberculosis, y 5 bronquitis sospechosas. Sacamos de estos hechos las conclusiones siguientes, insertas en la tesis de Balme:

« El serodiagnóstico positivo, en personas de veinte años, no indica la tuberculosis grave, sobre todo si no existen signos clínicos. Desde el punto de vista de la tuberculización, la reacción positiva en las personas sanas indica más bien lesiones insignificantes, ó en vías de curación. En los adultos sanos la reacción positiva no tiene al parecer importancia práctica más que cuando va acompañada de algunos síntomas sospechosos ».

En los niños no tuberculosos el suero no posee la menor propiedad aglutinante (Descos) en individuos de menos de ocho á diez años; en los de más edad se observa una propiedad aglutinante ligera (reacción incompleta á 1 por 1 y 1 por 3) que aumenta hasta llegar á la edad adulta. Puede decirse, por lo tanto, que el valor de la reacción aglutinante en un grado dado disminuye de un modo absoluto con la edad. En los niños de menos de ocho años conviene tener en cuenta el esbozo más ligero de aglutinación, al menos como indicación; en los de ocho á diez años la serorreacción es apreciable á contar de 1 por 3; finalmente, en el adulto, sobre todo de los veinte á los treinta años, el límite es más difícil de establecer á causa de la frecuencia de la aglutinación en los sujetos sanos, pero no es inferior á 1 por 5.

En los enfermos no considerados como tuberculosos desde el punto de vista clínico.—La frecuencia de la serorreacción positiva es mayor (35 á 40 por 100). Esta frecuencia es debida probablemente á la de la tuberculosis en los enfermos de hospital.

En la fiebre tifoidea, la serorreacción tuberculosa es, con mucha frecuencia, positiva (75 por 100 en nuestra estadística de más de 80 casos).

Al parecer, las enfermedades agudas, excepto la fiebre tifoidea, no comunican al suero una propiedad aglutinante especial respecto al bacilo de Koch. En los enfermos crónicos de los hospitales (nerviosos, brighticos, etcétera), la serorreacción tuberculosa es, por el contrario, frecuentísima, sin duda, á causa de la tuberculización, tan fácil y común en estos individuos. La frecuencia de tuberculosis latente es casi la misma en los adultos no tuberculosos, al parecer, á juzgar por los resultados del serodiagnóstico y de la tuberculina.

Aplicaciones diagnósticas. — Deben hacerse con gran sentido clínico comparando la reacción con los otros signos, y no de un modo ciego y, por decirlo así, mecánico. La serorreacción no tiene importancia más que en los casos de sospecha fundada de tuberculosis. En estos casos, la serorreacción positiva constituye un signo de gran valor. La serorreacción negativa tiene menos importancia en sentido inverso, igual que todos los signos negativos.

1.° *Serodiagnóstico general* (con la sangre).—No sirve para diagnosticar la localización, é indica por la impregnación del organismo, la tuberculosis presente ó pasada. Su importancia es grandísima:

a) En el niño, en el que las tuberculosis, reveladas por la serorreacción y los demás medios de diagnóstico, se encuentran casi siempre en actividad;

b) En el anciano, en el que los focos antiguos curados no producen de ordinario la curación y en el que indica mejor los focos activos;

c) En las tuberculosis crónicas de marcha lenta y, con frecuencia, benigna, en las que el problema diagnóstico dura mucho tiempo, siendo la resolución importantísima para la conducta terapéutica;

d) En ciertas tuberculosis localizadas (piel, ganglios, articulaciones, intestino, etc.), en las que el problema se plantea entre diagnósticos muy limitados;

e) En gran número de *tuberculosis latentes* ó enmascaradas, cloroanemias sintomáticas, reumatismo tuberculoso, etc. (con todas las reservas indicadas anteriormente).

En una palabra, mantenemos la fórmula que defendemos desde 1898 en unión del Dr. Arloing: «El serodiagnóstico positivo, *en un caso sospechoso*, es *un signo de gran valor* en pro de la tuberculosis».

2.° *Serodiagnóstico local.* — Se funda en la aglutinación por el líquido de los derrames de las serosas, y permite hacer el diagnóstico de localización. Los derrames meníngeos jamás son aglutinantes.

En práctica: 1.° La serorreacción positiva, á contar de 1 por 5 con un líquido pleurítico, es un signo importantísimo en pro de la naturaleza tuberculosa de la pleuresía. La comparación minuciosa de la serorreacción con la citología y la inoculación al conejillo de Indias, prueban la concordancia completa de estos tres métodos para el diagnóstico. El serodiagnóstico es en este caso facilísimo (bastan unas cuantas gotas de líquido, aunque se hayan extraído hace varios días) y muy rápido. 2.° La serorreacción negativa no constituye más que una presunción contra el diagnóstico de la tuberculosis. En estos enfermos es preciso repetir el experimento. 3.° La

investigación de la propiedad aglutinante del suero y de su intensidad suministra datos interesantes que pueden servir de término de comparación con los de la sección pleurítica. El serodiagnóstico general completa muchas veces el local y recíprocamente.

Los líquidos de las hidrartrosis y de los hidroceles son también aglutinantes en los casos de tuberculosis, pero el valor de la serorreacción para el diagnóstico de las hidrartrosis y de los hidroceles nos parece menos seguro. Cuanto á las cistitis, pueden aplicárselas nuestras conclusiones sobre el serodiagnóstico de las pleuresías.

3.° *Serodiagnóstico retrospectivo ó patogénico.*— La propiedad aglutinante de la sangre que persiste cierto tiempo después de la curación, ó al menos de la curación aparente de las lesiones tuberculosas, puede servir para descubrir una tuberculosis curada, ó contribuye á precisar el origen de una lesión orgánica post ó paratuberculosa.

Seropronóstico.—La propiedad aglutinante de los humores en la tuberculosis se halla en razón directa de la resistencia del sujeto, é inversa de la virulencia de la infección. La serorreacción falta, sobre todo, en las formas gravísimas ó muy avanzadas de tuberculosis y llega al máximum en las formas en vías de curación; puede disminuir y desaparecer al aproximarse la muerte, y elevarse con las mejorías y la curación. A veces es elevada en las formas graves, pero que han sido precedidas de un largo período benigno, en las que el enfermo está dotado de una gran resistencia. Indica al parecer las reacciones de defensa y de lucha del organismo.

En la práctica, el estudio de la serorreacción y de sus variaciones puede servir en ciertos casos para el pronóstico. Para las pleuresías tuberculosas en particular, el aumento de la propiedad aglutinante de la serosidad es de buen pronóstico, y sobre todo la falta de serorreacción debe hacer temer, en un plazo más ó menos remoto, un desenlace fatal.

El Dr. L. d'Astros: He experimentado la serorreacción en 94 individuos, 10 niños sanos, 11 de algunos días de edad y sanos, aunque procedían de madre tuberculosa y 73 niños de dos á doce meses. De éstos, sólo 53 eran tuberculosos; los 20 restantes padecían diversas enfermedades agudas. Los diagnósticos dudosos, desde el punto de vista clínico, fueron comprobados por distintos medios de laboratorio ó por la autopsia.

Hemos observado lo siguiente:

1.° Al contrario de lo que ocurre con el adulto, el niño sano *jamás* aglutina el bacilo de Koch, sea cual fuere su proporción.

2.° En el hijo de madre tuberculosa no se observa la reaccion positiva al nacimiento, ni aun al 1/1.

3.° La reacción aglutinante es, en general, menos intensa en el niño que en el adulto.

4.° La forma clínica de la tuberculosis influye al parecer sobre la modalidad de la reacción aglutinante. La pleuresía, la peritonitis, la tuberculosis latente sin lesión extensa y sin más manifestación que una micropoliadenia generalizada, producen de ordinario reacciones típicas é intensas en ciertos casos. En la adenopatía traqueobronquial hemos obtenido una reacción más bien débil cuando la enfermedad se hallaba al parecer limitada estrictamente á los ganglios bronquiales. La aglutinación fué más in-

tensa cuando existía otro foco, en el pulmón por ejemplo, por mínimo que fuera.

Podemos deducir de estos hechos que una de las condiciones necesarias para que se produzca la reacción fuerte es que el organismo se halle bien impregnado por las toxinas, condición que realizan perfectamente las formas indicadas, excepto la adenopatía traqueobronquial, que puede ser considerada en ciertos casos como una tuberculosis localizada, al menos durante algún tiempo. Este hecho se ha señalado ya para las tuberculosis quirúrgicas.

Las tuberculosis de marcha rápida, las granulias, las formas de focos múltiples, las generalizadas, nos han dado, en niños de cinco á ocho años, reacciones: nula una vez, débil en los demás casos y sin exceder de 1 por 5. La miningitis tuberculosa merece figurar aparte, á causa de la poca energía de la reacción. Esta ha sido de ordinario nula con el líquido cefalorraquídeo (excepto una vez) en nuestra observación, y siempre débil ó nula en el suero sanguíneo.

5.° En los niños indemnes de tuberculosis, la reacción aglutinante aparece bajo la influencia de enfermedades agudas; por ejemplo, fiebre tifoidea, neumonía, bronconeumonía, gripe, infección indeterminada acompañada de púrpura hemorrágica y seguida de curación. Nos limitaremos á indicar las particularidades siguientes:

a) Esta propiedad aglutinante sobre el bacilo de Koch ha sido á veces elevada en nuestros enfermitos, sobre todo en la fiebre tifoidea, y á pesar de la poca edad del niño.

b) En las infecciones que no son la fiebre tifoidea, esta propiedad aglutinante desaparece al hacerlo la enfermedad.

c) En las infecciones de neumococos, desaparece con rapidez al disminuir la virulencia de este microbio. En la neumonía no hemos conseguido obtenerla tres ó cuatro días después de la defervescencia. En tres casos de bronconeumonía la hemos visto desaparecer á los doce días de enfermedad, aunque la afección, que dura más tiempo y reviste la forma subaguda, hace temer la tuberculosis. La curación confirma el resultado negativo del segundo y tercer serodiagnóstico hechos en el curso de la enfermedad.

Dedúcese de esto que es útil recurrir al serodiagnóstico y practicarle varias veces cuando se duda de la naturaleza de una bronconeumonía infantil de larga duración.

El Dr. E. Hawthorn: Con el fin de hacer un estudio de comprobación, he tratado de la misma manera los cultivos homogéneos y diversas emulsiones de bacilos de Koch por sueros de tuberculosos, y me he convencido de que estas emulsiones tienen el triple inconveniente de precipitarse muy pronto y de una manera espontánea, de abundar en aglomeraciones falsas, lo que dificulta la comprobación microscópica, y de no ser tan abundantes en materia aglutinable como los cultivos homogéneos. Creo, por lo tanto, que para estudiar el serodiagnóstico tuberculoso es indispensable seguir con toda exactitud la técnica de Arloing y Courmont.

Cuanto á las reacciones positivas observadas en los sujetos que padecen enfermedades no tuberculosas, es verdad que á veces dependen de una tuberculosis latente ó en vías de desarrollo, y que coexiste con la enfermedad

que preocupa al clínico. Es también indudable que diversas enfermedades infecciosas pueden provocar, en la sangre del hombre, la aparición de una propiedad aglutinante típica con el bacilo de Koch. El hecho es innegable para la fiebre tifoidea; creo que está demostrado también, para muchas otras enfermedades, escarlatina, gripe, y sobre todo para las infecciones de neumococos, porque en dichos casos, é insisto sobre este hecho, la aglutinación desaparece de ordinario poco tiempo después de la defervescencia; ¿no es la mejor prueba de que la tuberculosis no interviene en la génesis del fenómeno?

En los casos de esta naturaleza la persistencia de la serorreacción durante ó después de la convalecencia constituye, por lo tanto, un dato de peso en favor de la tuberculosis. Estas consideraciones no pueden aplicarse á la fiebre tifoidea, porque en todos los casos en que el bacilo de Koch se halla aglutinado, dicha reacción persiste meses enteros después de la convalecencia. No he podido determinar la época de su desaparición por haber perdido de vista demasiado pronto á los enfermos.

En resumen, el valor diagnóstico de la serorreacción tuberculosa en los estados agudos es una cuestión compleja. Para saber si coexiste la tuberculosis latente ó crónica con la enfermedad intercurrente, es preciso investigar la serorreacción varias veces, antes y después de la defervescencia, en los casos en que el resultado es primero positivo. El resultado negativo en la primera prueba es poco discutible y no hay necesidad de repetir el experimento.

Si se trata, por el contrario, de diagnosticar la granulia, conviene utilizar los datos que suministra la serorreacción, porque de todos modos es posible la confusión, pues la aglutinación puede producirse ó no, como ocurre en la fiebre tifoidea, la grippe, etc. En cambio en los sujetos apiréticos ó que no presentan signos de enfermedad aguda extraña á la tuberculosis, la serorreacción positiva constituye una presunción en favor de la tuberculosis.

El Dr. L. Guinard: Deseo únicamente indicar hechos observados con Rumpf que hemos comprobado después varias veces. Los procedimientos de aglutinación de las materias bacilares aglutinadas, según las indicaciones de Koch, son de empleo más difícil, de observación más minuciosa y más insegura que los cultivos homogéneos Arloing-Courmont. Con estos cultivos, en los casos de resultados macroscópicamente dudosos, se tiene además la ventaja de la comprobación microscópica de la aglutinación de los bacilos. La sero-aglutinación, conforme á lo que se ha dicho, nos ha parecido interesantísima por las modificaciones y variaciones que presenta en las diferentes formas de tuberculosis y según la marcha de la enfermedad, de la mejoría y del tratamiento. Hemos comprobado que en los enfermos de sanatorio la propiedad aglutinante aumenta de una manera notable en la primera mitad de la cura y disminuye ó desaparece al fin de una buena cura. Hemos comprobado también desde 1902 que las inyecciones terapéuticas de tuberculina, en los casos que parecen favorables, aumentan notablemente la capacidad aglutinante del suero.

El Dr. Teissier: Me ha sorprendido la frecuencia de la serorreacción en dos afecciones: 1.ª, en la estrechez mitral tipo Potain; 2.ª, en ciertos casos

de albuminuria infantil, bien determinados desde el punto de vista clínico y que curan espontáneamente en dos ó tres años. He llegado á considerar en estos casos de albuminuria la serorreacción positiva como signo de buen presagio desde el punto de vista del pronóstico. No me es posible dar una explicación, pero someto á vuestro juicio la siguiente hipótesis. ¿Se inmunizan espontáneamente los niños de familias de herencia tuberculosa ó que padecen paratuberculosis? ¿No recibirán toxinas, puesto que los bacilos son detenidos por la placenta?

El Dr. Charrin: Hay desacuerdo aparente en este asunto, puesto que en los conejillos de Indias de poca edad se observa la serorreacción tuberculosa, que no existe, en cambio, en los niños en los primeros años de su existencia.

El Dr. Henrijean: He demostrado en mi laboratorio que la placenta detiene los bacilos y deja pasar las toxinas. La diferencia de los resultados que se observan en el niño y en el conejillo de Indias joven depende, al parecer, de que en los animales sometidos á la experimentación se emplean dosis de tubérculo mayores que las que existen en nuestros enfermos.

El Dr. Charrin: El papel de detención de los microbios por la placenta, y la defensa que ejerce este órgano, merecen ser tenidos muy en cuenta, pero conviene no olvidar la de las materias minerales de la economía. Respecto á este particular se vislumbran datos interesantes.

El Dr. Denis: La cuestión capital consiste en saber cuál es el producto que determina la aglutinación. De los estudios hechos en mi laboratorio resulta que este papel es desempeñado por los principios que quedan en el cuerpo del bacilo. Por consiguiente, si en los recién nacidos de padres tuberculosos no existe la aglutinación, es porque la placenta materna no deja pasar los microbios y sus propiedades aglutinantes. Sólo pasan las toxinas.

El Dr. Charrin: No me satisface esta explicación, porque la aglutinación se observa en los conejillos de Indias cuyos padres son tuberculosos, y en estos animales la herencia bacilar, si existe, es rara.

El Dr. Courmont: Creo que es preciso diferenciar la substancia aglutinante del suero de la madre y las toxinas del mismo suero. La substancia aglutinante es detenida en parte por la placenta y no pasa al feto en proporción notable. Es indudable que entre las toxinas maternas son detenidas también por la placenta las aglutinógenas, puesto que en el feto no se observa aglutinuria. Pero el filtro placentario puede ser deficiente en algún punto y dejar pasar sin excepción la substancia aglutinante ó las substancias aglutinógenas.

El Dr. Widal: Cuando la madre padece fiebre tifoidea, sólo en casos raros se observa la propiedad aglutinante en el niño y en estos casos el suero materno es aglutinante en alto grado. Quizá esta cuestión de la dosis materna exista también en la tuberculosis.

El Dr. Lagriffoul: Mi estadística comprende más de 600 casos. En los enfermos tuberculosos, según la clínica, la serorreacción fué positiva en el 92 por 100 de los casos. Los resultados negativos se obtuvieron en las formas graves (granulia, neumonía caseosa, tuberculosis con cavernas). No hay, por lo tanto, seropronóstico de la tuberculosis. En los sujetos sanos en apariencia 35 por 100 de casos positivos. En los enfermos no tuberculosos

que preocupa al clínico. Es también indudable que diversas enfermedades infecciosas pueden provocar, en la sangre del hombre, la aparición de una propiedad aglutinante típica con el bacilo de Koch. El hecho es innegable para la fiebre tifoidea; creo que está demostrado también, para muchas otras enfermedades, escarlatina, gripe, y sobre todo para las infecciones de neumococos, porque en dichos casos, é insisto sobre este hecho, la aglutinación desaparece de ordinario poco tiempo después de la defervescencia; ¿no es la mejor prueba de que la tuberculosis no interviene en la génesis del fenómeno?

En los casos de esta naturaleza la persistencia de la serorreacción durante ó después de la convalecencia constituye, por lo tanto, un dato de peso en favor de la tuberculosis. Estas consideraciones no pueden aplicarse á la fiebre tifoidea, porque en todos los casos en que el bacilo de Koch se halla aglutinado, dicha reacción persiste meses enteros después de la convalecencia. No he podido determinar la época de su desaparición por haber perdido de vista demasiado pronto á los enfermos.

En resumen, el valor diagnóstico de la serorreacción tuberculosa en los estados agudos es una cuestión compleja. Para saber si coexiste la tuberculosis latente ó crónica con la enfermedad intercurrente, es preciso investigar la serorreacción varias veces, antes y después de la defervescencia, en los casos en que el resultado es primero positivo. El resultado negativo en la primera prueba es poco discutible y no hay necesidad de repetir el experimento.

Si se trata, por el contrario, de diagnosticar la granulia, conviene utilizar los datos que suministra la serorreacción, porque de todos modos es posible la confusión, pues la aglutinación puede producirse ó no, como ocurre en la fiebre tifoidea, la grippe, etc. En cambio en los sujetos apiréticos ó que no presentan signos de enfermedad aguda extraña á la tuberculosis, la serorreacción positiva constituye una presunción en favor de la tuberculosis.

El Dr. L. Guinard: Deseo únicamente indicar hechos observados con Rumpf que hemos comprobado después varias veces. Los procedimientos de aglutinación de las materias bacilares aglutinadas, según las indicaciones de Koch, son de empleo más difícil, de observación más minuciosa y más insegura que los cultivos homogéneos Arloing-Courmont. Con estos cultivos, en los casos de resultados macroscópicamente dudosos, se tiene además la ventaja de la comprobación microscópica de la aglutinación de los bacilos. La sero-aglutinación, conforme á lo que se ha dicho, nos ha parecido interesantísima por las modificaciones y variaciones que presenta en las diferentes formas de tuberculosis y según la marcha de la enfermedad, de la mejoría y del tratamiento. Hemos comprobado que en los enfermos de sanatorio la propiedad aglutinante aumenta de una manera notable en la primera mitad de la cura y disminuye ó desaparece al fin de una buena cura. Hemos comprobado también desde 1902 que las inyecciones terapéuticas de tuberculina, en los casos que parecen favorables, aumentan notablemente la capacidad aglutinante del suero.

El Dr. Teissier: Me ha sorprendido la frecuencia de la serorreacción en dos afecciones: 1.ª, en la estrechez mitral tipo Potain; 2.ª, en ciertos casos

de albuminuria infantil, bien determinados desde el punto de vista clínico y que curan espontáneamente en dos ó tres años. He llegado á considerar en estos casos de albuminuria la serorreacción positiva como signo de buen presagio desde el punto de vista del pronóstico. No me es posible dar una explicación, pero someto á vuestro juicio la siguiente hipótesis. ¿Se inmunizan espontáneamente los niños de familias de herencia tuberculosa ó que padecen paratuberculosis? ¿No recibirán toxinas, puesto que los bacilos son detenidos por la placenta?

El Dr. Charrin: Hay desacuerdo aparente en este asunto, puesto que en los conejillos de Indias de poca edad se observa la serorreacción tuberculosa, que no existe, en cambio, en los niños en los primeros años de su existencia.

El Dr. Henrijean: He demostrado en mi laboratorio que la placenta detiene los bacilos y deja pasar las toxinas. La diferencia de los resultados que se observan en el niño y en el conejillo de Indias joven depende, al parecer, de que en los animales sometidos á la experimentación se emplean dosis de tubérculo mayores que las que existen en nuestros enfermos.

El Dr. Charrin: El papel de detención de los microbios por la placenta, y la defensa que ejerce este órgano, merecen ser tenidos muy en cuenta, pero conviene no olvidar la de las materias minerales de la economía. Respecto á este particular se vislumbran datos interesantes.

El Dr. Denis: La cuestión capital consiste en saber cuál es el producto que determina la aglutinación. De los estudios hechos en mi laboratorio resulta que este papel es desempeñado por los principios que quedan en el cuerpo del bacilo. Por consiguiente, si en los recién nacidos de padres tuberculosos no existe la aglutinación, es porque la placenta materna no deja pasar los microbios y sus propiedades aglutinantes. Sólo pasan las toxinas.

El Dr. Charrin: No me satisface esta explicación, porque la aglutinación se observa en los conejillos de Indias cuyos padres son tuberculosos, y en estos animales la herencia bacilar, si existe, es rara.

El Dr. Courmont: Creo que es preciso diferenciar la substancia aglutinante del suero de la madre y las toxinas del mismo suero. La substancia aglutinante es detenida en parte por la placenta y no pasa al feto en proporción notable. Es indudable que entre las toxinas maternas son detenidas también por la placenta las aglutinógenas, puesto que en el feto no se observa aglutinuria. Pero el filtro placentario puede ser deficiente en algún punto y dejar pasar sin excepción la substancia aglutinante ó las substancias aglutinógenas.

El Dr. Widal: Cuando la madre padece fiebre tifoidea, sólo en casos raros se observa la propiedad aglutinante en el niño y en estos casos el suero materno es aglutinante en alto grado. Quizá esta cuestión de la dosis materna exista también en la tuberculosis.

El Dr. Lagriffoul: Mi estadística comprende más de 600 casos. En los enfermos tuberculosos, según la clínica, la serorreacción fué positiva en el 92 por 100 de los casos. Los resultados negativos se obtuvieron en las formas graves (granulia, neumonía caseosa, tuberculosis con cavernas). No hay, por lo tanto, seropronóstico de la tuberculosis. En los sujetos sanos en apariencia 35 por 100 de casos positivos. En los enfermos no tuberculosos

(en apariencia al menos) la serorreacción puede ser positiva. Merece mención especial en este sentido la fiebre tifoidea. En 60 enfermos de esta clase he visto á la serorreacción de Arloing-Courmont producir resultados positivos en el 90 por 100 de los casos. Es imposible, por lo tanto, distinguir la granulia de la fiebre tifoidea por medio de la serorreacción. Esta puede ser útil principalmente en las tuberculosis apiréticas.

En resumen, y como conclusiones:

Desde el punto de vista general, el serodiagnóstico sirve para demostrar la frecuencia grandísima de las tuberculosis latentes.

Desde el punto de vista práctico, los hechos pueden ser considerados del modo siguiente: la serorreacción positiva indica un ataque por el bacilo de Koch. Este resultado puede ser debido á la enfermedad actual, por la que se emplea el serodiagnóstico, pero no necesariamente. Puede también reconocer por causa un foco más ó menos latente de tuberculosis que no tiene relación alguna con la enfermedad actual.

Para resolver este problema se necesitan los datos obtenidos por la clínica ó los otros métodos de laboratorio.

La serorreacción negativa indica que el organismo está indemne de tuberculosis ó afectado gravemente por el bacilo de Koch, y en este caso los otros síntomas permiten en general hacer el diagnóstico.

La existencia ó la falta de serorreacción no permiten por sí solas afirmar la naturaleza ó no naturaleza tuberculosa de la enfermedad; es sólo un elemento de diagnóstico más que viene á sumarse á los otros elementos suministrados por la clínica ó el laboratorio. El clínico debe fundar su opinión en el conjunto de estos datos y no sólo en el serodiagnóstico.

El Dr. Boisson: El uso metódico de las pesadas, que se ha hecho reglamentario en el ejército, permite conocer en seguida á los individuos que se hacen sospechosos de tuberculosis. En estos individuos las modificaciones de los ruídos respiratorios permiten hacer el diagnóstico precoz de la tuberculosis, pero en otros la tuberculosis no suministra dato alguno.

El Dr. Arloing: Existe un hecho experimental sencillísimo. Se toma un animal sano, un bóvido, se le inyectan algunos bacilos y se obtiene así suero aglutinante. Este animal, si se le sacrifica, no presenta signos macroscópicos — y muchas veces ni aun microscópicos — de tuberculosis. La aglutinación es sencillamente signo del paso más ó menos lejano de un bacilo en su organismo. En la práctica, en la clínica, el hecho no es tan sencillo. El clínico necesita toda su sagacidad para interpretarle.

Sífilis; estado actual de su estudio experimental.—El Dr. Henrijean: Aunque es imposible en la actualidad afirmar el papel patógeno del *treponema pallidum* en la etiología de la sífilis, aunque nada pueda afirmarse de una manera absoluta mientras que no se consiga aislar el parásito, cultivarle en serie en estado de pureza y reproducir la sífilis por medio de estos cultivos, aunque, en una palabra, nuestros conocimientos presentes no bastan para llevar al ánimo la convicción, estamos, sin embargo, autorizados para concluir que el papel del *treponema pallidum* en la etiología y patogenia de la sífilis es muy verosímil. La inoculación de la sífilis á los monos ha permitido estudiar algunos puntos relacionados con la profilaxis y la terapéutica de la infección sifilítica.

1.° Prevención.— Los Dres. Metchnikoff y Roux han demostrado experimentalmente que si una hora y hasta una hora y tres cuartos después de hacer una inoculación virulenta al mono se fricciona con ungüento mercurial doble ó con la pomada de calomelanos la región inoculada, no se produce accidente alguno local y el animal sigue siendo susceptible de contraer la sífilis si se le hace una nueva inoculación, lo que prueba que la primera contaminación ha sido ineficaz en absoluto. Gracias á la fricción mercurial el virus ha sido destruído *in situ*. Las lociones con la disolución de sublimado al 1 por 1.000 han sido insuficientes.

Metchnikoff y Roux han observado también que, extirpando veinticuatro horas después de la inoculación la parte inoculada de la oreja de un macaco, se evita todo accidente y el animal queda susceptible de contraer la sífilis si se le inocula de nuevo.

Sometiendo el punto inoculado durante cuarenta minutos á la temperatura de 48°, lo que se logra por medio de un baño, no se consiguió en un cinocéfalo impedir el desarrollo del accidente local.

2.° Inmunización.— Al contrario de lo que se ha creído durante mucho tiempo, la experimentación en el hombre y en el mono ha demostrado que la inmunidad contra la sífilis no se obtiene ni con gran facilidad ni con mucha rapidez. Metchnikoff y Roux inocularon un orangután y después un chimpancé, primero con virus sifilítico procedente de monos inferiores, de macacos, virus que se suponía estaba atenuado y poseía propiedades de vacuna. Después inocularon virus humano al primero á los diez días y al segundo á los dieciocho. Esta segunda inoculación dió resultados positivos en ambos casos, lo que prueba que los animales no estaban vacunados. Queyrat ha demostrado también que en el hombre la auto-inoculación del chancro sifilítico es eficaz á veces hasta diez y doce días después de aparecer el primer chancro, es decir, más de tres ó cuatro semanas después del contagio, lo que prueba que las tentativas de inoculación del organismo contra el virus sifilítico no es todavía completa á los diez días de la aparición del chancro.

Las tentativas de inmunización hechas con productos terciarios, detritus de un goma ó virus sometido durante treinta minutos á una temperatura de 48°, han sido ineficaces.

3.° Seroterapia.—Desde los primeros trabajos sobre la seroterapia de las enfermedades infecciosas se ha intentado preparar sueros antisifilíticos. Se han inyectado á diversos animales productos sifilíticos con la esperanza de comunicar á su suero propiedades preventivas ó curativas. Se ha ensayado también la acción de la sangre (Neisser) y del suero (Finger y Landsteiner) de sifilíticos en el período de evolución de la enfermedad ó curados. Todas estas tentativas han sido ineficaces.

La inoculabilidad de la sífilis á los monos abrió una nueva vía en este orden de ideas, y Metchnikoff y Roux supusieron que quizá los monos inferiores que contraen con tanta facilidad el accidente primario y curan en poco tiempo, suministrarían un suero más activo que el obtenido de caballos y de otros animales domésticos. Para convencerse de ello inocularon la sífilis á macacos y cinocéfalos y después les inyectaron debajo de la piel sangre virulenta de sifilíticos en plena roseola. El suero obtenido de ani-

males tratados así durante más de quince meses, produjo resultados poco satisfactorios, que pueden resumirse como sigue:

1.° En todos los experimentos el *suero inyectado debajo de la piel* fué *inactivo* contra el virus introducido en el organismo.

2.° La mezcla previa *in vitro* del suero y del virus hizo á veces á éste inofensivo, pero de una manera inconstante.

3.° Aplicando sobre los puntos inoculados el polvo del suero desecado se contiene, al parecer, en ciertos casos la evolución de los accidentes.

Estos hechos prueban que los sueros preparados de la manera indicada poseen una actividad insuficiente, porque sus efectos no son constantes. Sin embargo, los resultados obtenidos no carecen de interés, lo que animó á Metchnikoff y Roux á intentar obtener un suero más enérgico preparando nuevos monos por inyecciones intravenosas. Hasta ahora se desconocen los resultados.

Cippolina, de Génova, ha hecho recientemente, en colaboración con Risso, tentativas de seroterapia en el hombre, empleando suero de un animal inyectado con sangre desfibrinada de sifilíticos en el período secundario, suero adicionado de una cantidad pequeña de glóbulos rojos del mismo animal en disolución hemolítica. Estos autores han obtenido resultados felices en lesiones secundarias, y particularmente en las terciarias en vías de ulceración, sin contar la acción reconstituyente sobre el organismo sifilítico.

Hoy podemos intentar la definición etiológica de la sífilis y decir con Metchnikoff que es, al parecer, una esperilosis crónica producida por el *spirachœte pallida, ó spironema pallida, ó treponema pallidum*, de Schaudin, patógeno sobre todo para la especie humana, para los antropoides y para algunas variedades de monos inferiores.

Añadiremos que, si bien estos descubrimientos que esclarecen de un modo tan notable la sífilis, enfermedad infecciosa y contagiosa por esencia, nos permiten esperar en el porvenir un tratamiento inmunizador, preventivo ó curativo, hasta ahora no hemos conseguido resolver el problema. No obstante los descubrimientos recientes, merecen por su gran interés llamar la atención del mundo médico y científico.

El Dr. Hallopeau (*Conclusiones*): 1.ª La producción, durante el desarrollo de la sífilis, de lesiones múltiples, de caracteres diferentes, sólo puede explicarse por una evolución del treponema; la influencia del medio que podría invocarse no explica estos hechos porque es secundaria á una modificación en las condiciones de nutrición del parásito; su única interpretación posible es la intervención de toxinas diferentes; si estos productos se modifican, tienen que modificarse también por necesidad sus generadores.

2.ª Conviene conocer las modificaciones que experimenta el parásito, no sólo en los diferentes períodos del chancro duro, como han hecho Krzyztalowicz y Siedlecki, sino también en las manifestaciones secundarias y terciarias de la enfermedad.

3.ª Estas modificaciones son ligeras, porque todos los sifilomas inoculados á sujetos sanos determinan en ellos la aparición del treponema típico.

4.ª En todos los sifilomas hay proliferación local del treponema; este proceso merece el nombre de intra-inoculación; domina toda la patogenia

de la enfermedad; está en contradicción completa con la imposibilidad observada hasta ahora de reproducir por auto-inoculación estas lesiones específicas; es necesario repetir las tentativas de auto-inoculación en el hombre y en los antropomorfos; si siguen dando, como ha ocurrido en dos de nuestros experimentos, resultados negativos, la hipótesis más verosímil es que las proliferaciones locales están subordinadas, en la sífilis, á la impregnación tóxinica del tejido, procedente de un depósito inicial; es fácil comprobarla experimentalmente.

Inocuidad de los polvos procedentes de la desecación de los esputos tuberculosos. — El Dr. Cadéac: Los polvos procedentes de la desecación de los esputos tuberculosos son inofensivos para las vías digestivas y para las respiratorias. Sabemos que no existe un solo hecho experimental que demuestre la transmisión de la tuberculosis por inhalación de los polvos recogidos en los locales habitados por tuberculosos. Hemos demostrado que es casi imposible hacer que se desarrolle esta enfermedad por la inhalación de los polvos puros procedentes de los esputos tuberculosos desecados en la obscuridad. La ingestión de estos polvos á la dosis de 25, 50 y 75 miligramos y hasta de 1 y 2 centígramos, es también inofensiva para los conejillos de Indias. Más de cien animales de esta especie han resistido la absorción de polvos de este género á dosis superiores á las que son susceptibles de contaminar los alimentos, las frutas y las bebidas. Es necesario hacer ingerir 10 centígramos de estos polvos para producir, y esto en casos excepcionales, lesiones tuberculosas.

La desecación y la conversión rápida de los esputos en polvos movilizables, son medios naturales de preservación contra la infección tuberculosa.

Tratamiento sistemático de la apendicitis por el timol. — El Dr. Guiart: La apendicitis es casi siempre de origen parasitario, y para curarla basta administrar un vermífugo. Es preferible el timol á dosis elevadas, seguido de un purgante salino, con cuyo tratamiento he obtenido siempre la curación; tiene la ventaja de ser aplicable á todos los casos de apendicitis, sin que sea necesario el examen previo de las materias fecales para buscar en ellas los huevos de los vermes intestinales.

El timol debe administrarse en polvo y á dosis elevadas, 2 á 3 gramos por día, en sellos de 1 gramo, que se toman en una pequeña cantidad de agua caliente y con una hora de intervalo. Se repite el tratamiento por espacio de tres días, durante los cuales el enfermo sólo beberá agua.

El timol es bien tolerado por los enfermos, que pueden continuar su vida y su alimentación normales. Unicamente se les prohibirá tomar aceite, glicerina, ácido acético, cloroformo, éter, y en particular alcohol. El timol es, en efecto, soluble en estos líquidos, lo que hace posible su absorción y el envenenamiento.

La medicación timolada es aplicable al tratamiento de la apendicitis y de la fiebre tifoidea, á la expulsión de los vermes intestinales, de los anquilostomas, de las anguilulas y aun de las tenias.

(*Le Bulletin Medical*). — F. Toledo.

PERIÓDICOS

Auscultación oral como procedimiento diagnóstico. — En la clínica de Módena ha llamado el Dr. Galvagni la atención sobre la auscultación de los ruídos respiratorios practicada directamente en la boca del enfermo, procedimiento que aconseja principalmente en aquellos casos en que cuesta trabajo distinguir el roce pleurítico de los estertores.

También conviene este procedimiento para escuchar los estertores que se producen en las partes centrales del pulmón.

En cambio los ruídos pleuríticos, por la distancia á que se producen y más que por esto, por la dificultad con que son conducidos por los bronquios, no se perciben ó se perciben muy mal por medio de la auscultación oral. — (*Riforma medica*). — R. DEL VALLE.

Una operación sencilla contra las hemorroides. — El Dr. H. Randell, aconseja el método siguiente: Después de limpio el recto con un enema se sienta al enfermo sobre un orinal, lleno de agua caliente, para que salgan las hemorroides y después se anestesia al paciente. Se cogen las hemorroides con una pinza y se las liga con catgut fuerte, lo más cerca posible de la base. Si el tumor es muy grueso, se hace la transfixión y se liga en dos partes. Las hemorroides se extirpan después con tigeras cerca de las ligaduras, se aplica un supositorio de morfina y se traslada el enfermo al lecho. Al día siguiente, se administra un laxante que se repite, si es preciso, veinticuatro horas después. El enfermo puede dedicarse á sus ocupaciones casi siempre antes de una semana.

La curación rápida es debida á las causas siguientes: la ligadura con catgut fuerte rompe la túnica interna de los vasos, así que cuando se extirpa la hemorroide y se desprende la ligadura no hay hemorragia, y quedan heridas limpias que curan con rapidez. El laxante expulsa la sangre contenida en el recto y previene la hiperemia. Este método es eficaz, y en 300 casos, sólo ha observado el autor una hemorragia, que se contuvo con un tapón aplicado al ano durante veinticuatro horas.

(*Revue. de ther. medico-chirurgicale*, 15 julio 1906).—F. TOLEDO.

Tratamiento de la bronquitis crónica con los rayos Röntgen. — En el último Congreso alemán de medicina interna, el Dr. Teodoro Schilling refirió haber tratado varios casos de bronquitis crónica con los rayos Röntgen, empleando casi siempre tubos duros. En todos los enfermos, excepto uno, disminuyó más ó menos la secreción bronquial. Hasta en casos que ya tenían varios meses de antigüedad se observó, como consecuencia inmediata del tratamiento, el alivio, y á veces de un modo paulatino, la supresión completa de la expectoración, sin que se presentara al mismo tiempo ningún fenómeno accesorio desagradable. Además, mejoraron el estado objetivo, y sobre todo, las molestias asmáticas de los pacientes.

En la discusión promovida con motivo de esta comunicación, el doctor

Steffan dijo haber tratado casos de asma bronquial con los rayos X y estar satisfecho del resultado obtenido. En cambio, el Dr. De Jaksch dijo que la mejoría que él también observó en casos análogos fué pasajera.

(*Zentralblatt für innere Medizin*). — R. DEL VALLE.

Empleo terapéutico del ácido protocetrárico. — El ácido protocetrárico es un derivado de la cetrarina, obtenida del liquen de Islandia (*cetraria islándica*). Fué descrito primeramente por Knopp y Schnedermann y estudiado después por Hesse. Sus efectos antieméticos fueron utilizados primeramente en la clínica de Huchard por Brissemoret y Degny (*Journal des practiciens*, 12 septiembre 1897). Chevalier (*Bulletin general de therapeutique*, 23 mayo 1906), ha llamado la atención sobre la utilidad de este medicamento contra el mareo. Contiene las contracciones espasmódicas y la irritabilidad del estómago y ejerce una acción marcada sobre el sistema nervioso central. A dosis elevadas obra como paralizante bulbomedular; á dosis terapéuticas su acción no es evidente, pero es indudable que existe, puesto que contiene los vómitos de la tabes y del embarazo que son de origen central. La disolución alcohólica (0'16 á 1 cent. cúb.), puede emplearse á la dosis de 25 á 60 gotas varias veces al día, equivalentes á 5 ó 6 centígramos de ácido protocetrárico en las veinticuatro horas. La disolución puede tomarse vertiendo las gotas en un terrón de azúcar.

(*Medical News*, 1.° septiembre 1906). — F. TOLEDO.

La tensión arterial en el estado patológico. — El Dr. Torchio resume el resultado de sus investigaciones acerca de la tensión arterial en los siguientes términos:

Para disminuir la presión arterial muy elevada, el medio mejor es el reposo; también son útiles la dieta láctea y el yodo, tanto administrado al interior como inyectado hipodérmicamente bajo la forma de yodipina.

En los nefríticos se consigue á veces con un baño de vapor disminuir la tensión arterial, sin que se debilite al mismo tiempo la energía cardíaca. En la uremia, la sangría hace bajar rápida y considerablemente la presión sanguínea, pero también de un modo muy fugaz. De los medios que aumentan la presión sanguínea, la digital, el estrofanto y la esparteína dan resultados muy inseguros; en cambio, la adrenalina y la disolución fisiológica de sal común en inyección subcutánea son medios muy seguros para hacer subir la presión sanguínea.

Las toxinas tuberculosas son principalmente de naturaleza hipotensiva; pero la hipotensión de los tuberculosos no es constante, puesto que cuando el proceso tuberculoso coincide con lesiones arterio-esclerósicas ó renales ó con anomalías del metabolismo nutritivo, se observan á veces elevaciones moderadas de la presión sanguínea.—(*Gazz. degli ospedali*).—R. DEL VALLE.

Fórmula para la administración de la santonina en la infancia.—Para evitar la intoxicación por la santonina aconseja Kuchenmeister administrarla en los niños asociada al aceite de oliva. Como esta mezcla es mal aceptada por los niños. J. Ferreira prefiere combinar la santonina con el aceite de ricino, que tiene además la ventaja de expulsar los ascárides. Para enmascarar el

mal sabor de la mezcla la asocia con otras substancias. En los niños de diez años prescribe la fórmula siguiente:

Santonina	10 centígramos.
Esencia de badiana	10 gotas.
Aceite de ricino	20 gramos.
Mucilago de picus crispus	40 —

Esta fórmula puede emplearse en los niños de cualquier edad, variando la dosis: la santonina se emplea á la de 1 centígramo por año de edad, el aceite de ricino, á la de 2 gramos y la esencia, á la de 1 gota.

(*La Presse Medicale*, 15 septiembre 1906). — F. Toledo.

Intoxicación con carne de cordero. — Refiere el Dr. F. Zalplachta que en un pueblo de Rumanía cayeron enfermas, con síntomas graves de intoxicación seguidos en algunos casos de muerte, unas veinte personas que habían comido juntas carne de un mismo cordero. Estas intoxicaciones se han observado en Rumanía con alguna frecuencia últimamente, pero el análisis químico y bacteriológico no logró descubrir la causa en el caso actual, y por lo tanto, cree el autor que se trata de una afección no bien conocida del animal respectivo, afección que sería análoga á la observada por investigadores alemanes en vacas y en caballos (bac. enteriditis Gärtner, bac. enteriditis mucosus, etc.).

De todos modos el hecho es interesante por cuanto puede explicar quizá muchos casos de «estómago sucio» de fiebre tífica, etc.

(*Spitalul*). — R. del Valle.

Vacunación de los angiomas. — En los casos de angioma aconseja el doctor Hausen hacer alrededor y sobre los tumores escarificaciones poco profundas y frotar encima linfa vacuna. De este modo se forman pústulas de vacuna en las inmediaciones y sobre el angioma que es eliminado, quedando en su lugar una cicatriz. Este tratamiento está indicado en los angiomas cutáneos y de la piel del cráneo, excepto la región palpebral. Si existen varios angiomas, se tratan todos á la vez.

(*Rev. de thier. Medico-chirurgicale*, 15 septiembre 1906). — F. Toledo.

Intoxicación con el purgen. — Refiere el Dr. Holz, que habiendo tomado él mismo el purgen, medicamento que se prepara con la fenolftaleína, en cantidad de 17 tabletas de diverso tamaño y en el espacio de seis semanas, se le presentaron fenómenos irritativos muy violentos de parte del intestino con oclusión de éste, grandes dolores de riñones y presencia de sangre y albúmina en la orina. Otros autores refieren también haber observado signos de intoxicación fenicada en la orina con el uso del purgen.

(*Berl. Klin. Wochenschr*). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UN NUEVO REMEDIO DEL MAL DE BRIGTH

POR EL

DR. D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.

Entre la multitud de medicamentos recomendados en estos últimos años contra las nefritis agudas y crónicas, merecen particular mención, por los grandes beneficios que algunas veces proporcionan el bromuro de litio, la nitroglicerina, la electricidad bajo forma de corrientes galvánicas y el azul de metileno.

El primero de dichos agentes medicamentosos ha sido empleado por Polakow en 22 enfermos de nefritis parenquimatosa aguda y crónica, consiguiendo siempre el aumento de la diuresis, la desaparición de los edemas y la disminución de la cantidad de albúmina eliminada en veinticuatro horas. Este último resultado comienza á manifestarse á las tres ó cuatro semanas de tratamiento, continúa acentuándose cada vez más durante cierto plazo y permanece después estacionario por tiempo indefinido. Para obtener entonces una nueva disminución de la cantidad de albúmina urinaria, se hace preciso suspender la medicación por dos ó tres días, volviéndola á comenzar, después de este corto período de descanso, á las mismas dosis que se empleara anteriormente, ó mejor aún, en cantidades un poco más elevadas.

De las 22 observaciones recogidas por el autor, tres correspondían á nefritis gravídicas, y en otro caso se trataba de una eclampsia puerperal que había resistido al empleo de los baños, de la morfina y del cloroformo. Los accesos convulsivos desaparecieron, no obstante su extraordinaria rebeldía, á las cuarenta y ocho horas de tratamiento por el bromuro de litina.

Según manifiesta el indicado Profesor, la tolerancia es perfecta en la inmensa mayoría de los enfermos. Sin embargo, en uno produjo náuseas y vómitos, y en otro, de nefritis aguda, hubo necesidad de suspender el bromuro lítico por haberse presentado algunas hematurias.

He aquí la fórmula recomendada por Polakow:

Bromuro de litina.....	1 gr. 25 cent. á 2 gramos.
Bicarbonato de sosa.....	4 gramos.
Agua destilada...	240 —
Esencia de menta.....	2 gotas.

Para tomar de 3 á 4 cucharadas de las de sopa al día.

La nitroglicerina ha sido recomendada por Mayo Robson, después de haberla empleado sistemáticamente durante todo un año en muchísimos casos de nefritis crónica parenquimatosa.

Los resultados fueron casi siempre muy satisfactorios. Un hombre de cincuenta y seis años, con grandes edemas, palidez de la piel del rostro, pulso duro y lento, arterias superficiales duras y rígidas, hipertrofia cardíaca, respiración difícil, orina escasa (80 centilitros al día) y albuminuria muy exagerada, comenzó á mejorar, no obstante tratarse de una enfermedad de cuatro años de duración, desde que se hizo uso de la solución de trinitina al centésimo, en cantidad de 59 milímetros cúbicos cada media hora.

Una vez iniciada la mejoría, con gran aumento de la diuresis y considerable disminución de la albuminuria, se elevó la dosis del medicamento hasta 100 milímetros, pero dándolos tan sólo tres veces en las veinticuatro horas, hasta conseguir la completa desaparición de todos los síntomas.

El autor refiere otros diez hechos análogos.

Por otra parte, Burzhuiski ha publicado una Memoria muy detallada y completa sobre el mismo asunto, en la que después de haber consignado sus observaciones personales, termina reasumiendo la opinión que le merece dicho tratamiento en las conclusiones siguientes:

1.ª La albuminuria disminuye siempre y en proporciones bastante notables bajo la influencia del medicamento administrado en pequeñas dosis.

2.ª La nitroglicerina aumenta también la cantidad de orina eliminada en veinticuato horas.

3.ª El aumento gradual de las dosis de dicha droga influye en sentido restrictivo sobre la cantidad de albúmina urinaria.

4.ª El único síntoma molesto producido por la medicación es una cefalalgia muy pasajera.

Reating Hart, después de numerosos ensayos clínicos y de repetidos experimentos en los conejos, deduce que el tratamiento eléctrico es un poderoso modificador de las lesiones renales que acompañan á la nefritis crónica, obrando de dos maneras: por su acción intrínseca vasodilatadora y diurética y por sus efectos electrolíticos, ocasionados por la descomposición del cloruro de sodio al nivel de los polos de la corriente, con penetración de sus elementos en el organismo á través de la piel.

El modo de obrar de dichas aplicaciones varía considerablemente según la forma en que se ejecuten, pues mientras las fuertes intensidades negativas y las débiles positivas actúan como vasoconstrictoras, las fuertes intensidades positivas y las débiles negativas son vasodilatadoras. Además, las corrientes intensas con el polo negativo aplicado sobre la nuca son diuréticas, mientras que las débiles sólo desenvuelven esta misma acción cuando es el polo positivo el que se aplica en el occipucio.

En cuanto á la técnica operatoria preferida por el autor, fué la siguiente: polo positivo sobre la nuca, inmediatamente por debajo de la apófisis occipital, y polo negativo un poco por debajo de la región lumbar. Electrodo positivo muy pequeño; electrodo negativo bastante grande (9 por 20), ambos empapados en solución saturada y caliente de cloruro sódico. Duración, media hora tres á cuatro veces por semana. Intensidad 10 á 15 miliamperes.

Los baños de aire caliente ha sido otro de los remedios más recomendados contra las nefritis en estos últimos tiempos. Kuss los considera como un procedimiento de los más infalibles y heróicos en el período agudo de la enfermedad, y mantiene su opinión con el relato de 12 observaciones de mal de Bright, bastante avanzado, que curaron por completo en pocas semanas sin más medicación que los referidos banos.

Para practicarlos, el autor se sirve de un tonel, dentro del cual coloca al enfermo, y cuya abertura superior se cubre con una manta ajustada al cuello del paciente, pues este último debe permanecer con la cabeza fuera del aparato. En el interior de la cuba se colocan algunas lamparillas de alcohol, que son suficientes para calentar el aire. De cuando en cuando se renueva éste, dejando salir el ácido carbónico y vapor de agua acumulado.

En cuanto al lactato de estroncio, considerado por algunos auto-

res como medicamento casi específico de la nefritis crónica, no ha tardado mucho tiempo en desacreditarse. Bronowski lo ha empleado en diez casos (tres de forma parenquimatosa aguda, seis de forma parenquimatosa crónica y uno de intersticial), sin conseguir otro beneficio que un aumento más ó menos acentuado de la diuresis, pero sin modificación apreciable en la cantidad de albúmina eliminada en veinticuatro horas.

En la variedad intersticial acompañada de considerable diuresis, no pudo observarse modificación de ningún género, cuantitativa ni cualitativa.

Últimamente, creyendo el Dr. Netchaeff (de Moscou) que la mayor parte de las nefritis están determinadas por la acción de diversas bacterias, capaces de producir profundas alteraciones en los elementos histológicos del riñón, y teniendo además en cuenta que el azul de metileno, cuyos efectos bactericidas han sido plenamente demostrados por diversos experimentadores, se elimina con gran rapidez por las orinas sin sufrir transformaciones de ninguna clase, hizo uso de la referida droga en tres casos del indicado padecimiento, consiguiendo un considerable aumento de la diuresis acompañado de disminución, también muy pronunciada, de la cantidad de albúmina. Esta última llegó á desaparecer por completo, así como los cilindros urinarios y las células epiteliales procedentes del riñón.

Las dosis prescritas por el colega ruso fueron muy pequeñas (30 centígramos en tres fracciones en las veinticuatro horas, pero sólo un día sí y otro no).

Por si los beneficios obtenidos dependían exclusivamente de una acción diurética poco conocida del medicamento, el autor lo ensayó en varios casos de hidropesías cardíacas y hepáticas con considerable disminución de la cantidad de orina, sin conseguir la más insignificante mejoría.

Neustar ha hecho uso de la misma medicación en 24 enfermos de nefritis aguda (16 de ellos á consecuencia de escarlatina), consiguiendo resultados excelentes, pues desde los primeros días de tratamiento aumentó la diuresis, disminuyó la cantidad de albúmina, desaparecieron los edemas y las hemorragias y mejoró el estado general.

Semoine ha tratado 7 casos de nefritis parenquimatosa por medio del azul de metileno, consiguiendo curar por completo á 3 y aliviar considerablemente á todos los demás; Kramer ha logrado la cesa-

ción de las hematurias, la desaparición de la albúmina de las orinas y la rápida mejoría del estado general en 4 enfermos de nefritis hemorrágica, administrando el pioctanino azul á dosis elevadas; Delcio y Einhorn aseguran haber comprobado los buenos efectos referidos por Netchaff, y Guillet de Grandumont refiere la historia de un sujeto afectado de mal de Bright, con retinitis y gran cantidad de albúmina, cuyos trastornos desaparecieron casi por completo á los pocos días de tratamiento con la expresada droga.

***

Por una feliz casualidad he podido convencerme de los notables efectos producidos por el pioctanino azul, cuando se prescribe como tratamiento de las nefritis parenquimatosas, pues al emplearlo en el caso que se describe á continuación, todavía no había leído las observaciones de Netchaeff, Neustab, Semoine, Kramer y Guillet.

He aquí la historia clínica de referencia:

El moro Abdelamalek Ben Hamed, de la kábila de Capdana, ingresó en el Hospital de Chafarinas, el día 18 de noviembre, con gran derrame ascítico; edema generalizado, pero mucho más visible en los párpados y en las extremidades inferiores; oliguria y disnea. Hacía cuatro meses que se encontraba en el mismo estado. Orina muy albuminosa (500 á 300 gramos al día, con 10 gramos de albúmina por litro). La falta de medios para llevar á cabo un examen microscópico, nos impidió averiguar si había ó no cilindros granulosos y células epiteliales procedentes del riñón.

Instituímos desde luego la dieta láctea absoluta, pero sin los grandes beneficios que teníamos derecho á esperar. Algo disminuyó el edema de las extremidades inferiores y algo aumentó también la cantidad de orina eliminada en veinticuatro horas; pero el derrame ascítico y la hinchazón de la cara permanecieron invariables, y la proporción de albúmina siguió siendo la misma con muy pequeñas oscilaciones.

Sin suspender la dieta de leche, administramos durante varios días (cerca de dos semanas), una poción con yoduro sódico, fosfato de cal y acetato de potasa. El enfermo continuó lo mismo. Cambiamos entonces esta prescripción por unos sellos que contenían lactosa y cloruro de sodio, sin observar ninguna mejoría. Teniendo en cuenta los antecedentes palúdicos del sujeto, comenzamos á administrar un gramo diario de quinina con un centígramo de ácido arsenioso; pero hubo que suspender al poco tiempo dicha medicación

males tratados así durante más de quince meses, produjo resultados poco satisfactorios, que pueden resumirse como sigue:

1.° En todos los experimentos el *suero inyectado debajo de la piel* fué *inactivo* contra el virus introducido en el organismo.

2.° La mezcla previa *in vitro* del suero y del virus hizo á veces á éste inofensivo, pero de una manera inconstante.

3.° Aplicando sobre los puntos inoculados el polvo del suero desecado se contiene, al parecer, en ciertos casos la evolución de los accidentes.

Estos hechos prueban que los sueros preparados de la manera indicada poseen una actividad insuficiente, porque sus efectos no son constantes. Sin embargo, los resultados obtenidos no carecen de interés, lo que animó á Metchnikoff y Roux á intentar obtener un suero más enérgico preparando nuevos monos por inyecciones intravenosas. Hasta ahora se desconocen los resultados.

Cippolina, de Génova, ha hecho recientemente, en colaboración con Risso, tentativas de seroterapia en el hombre, empleando suero de un animal inyectado con sangre desfibrinada de sifilíticos en el período secundario, suero adicionado de una cantidad pequeña de glóbulos rojos del mismo animal en disolución hemolítica. Estos autores han obtenido resultados felices en lesiones secundarias, y particularmente en las terciarias en vías de ulceración, sin contar la acción reconstituyente sobre el organismo sifilítico.

Hoy podemos intentar la definición etiológica de la sífilis y decir con Metchnikoff que es, al parecer, una esperilosis crónica producida por el *spirachœte pallida, ó spironema pallida, ó treponema pallidum*, de Schaudin, patógeno sobre todo para la especie humana, para los antropoides y para algunas variedades de monos inferiores.

Añadiremos que, si bien estos descubrimientos que esclarecen de un modo tan notable la sífilis, enfermedad infecciosa y contagiosa por esencia, nos permiten esperar en el porvenir un tratamiento inmunizador, preventivo ó curativo, hasta ahora no hemos conseguido resolver el problema. No obstante los descubrimientos recientes, merecen por su gran interés llamar la atención del mundo médico y científico.

El Dr. Hallopeau (*Conclusiones*): 1.ª La producción, durante el desarrollo de la sífilis, de lesiones múltiples, de caracteres diferentes, sólo puede explicarse por una evolución del treponema; la influencia del medio que podría invocarse no explica estos hechos porque es secundaria á una modificación en las condiciones de nutrición del parásito; su única interpretación posible es la intervención de toxinas diferentes; si estos productos se modifican, tienen que modificarse también por necesidad sus generadores.

2.ª Conviene conocer las modificaciones que experimenta el parásito, no sólo en los diferentes períodos del chancro duro, como han hecho Krzystalowicz y Siedlecki, sino también en las manifestaciones secundarias y terciarias de la enfermedad.

3.ª Estas modificaciones son ligeras, porque todos los sifilomas inoculados á sujetos sanos determinan en ellos la aparición del treponema típico.

4.ª En todos los sifilomas hay proliferación local del treponema; este proceso merece el nombre de intra-inoculación; domina toda la patogenia

de la enfermedad; está en contradicción completa con la imposibilidad observada hasta ahora de reproducir por auto-inoculación estas lesiones específicas; es necesario repetir las tentativas de auto-inoculación en el hombre y en los antropomorfos; si siguen dando, como ha ocurrido en dos de nuestros experimentos, resultados negativos, la hipótesis más verosímil es que las proliferaciones locales están subordinadas, en la sífilis, á la impregnación toxínica del tejido, procedente de un depósito inicial; es fácil comprobarla experimentalmente.

Inocuidad de los polvos procedentes de la desecación de los esputos tuberculosos. — El Dr. Cadéac: Los polvos procedentes de la desecación de los esputos tuberculosos son inofensivos para las vías digestivas y para las respiratorias. Sabemos que no existe un solo hecho experimental que demuestre la transmisión de la tuberculosis por inhalación de los polvos recogidos en los locales habitados por tuberculosos. Hemos demostrado que es casi imposible hacer que se desarrolle esta enfermedad por la inhalación de los polvos puros procedentes de los esputos tuberculosos desecados en la obscuridad. La ingestión de estos polvos á la dosis de 25, 50 y 75 miligramos y hasta de 1 y 2 centígramos, es también inofensiva para los conejillos de Indias. Más de cien animales de esta especie han resistido la absorción de polvos de este género á dosis superiores á las que son susceptibles de contaminar los alimentos, las frutas y las bebidas. Es necesario hacer ingerir 10 centígramos de estos polvos para producir, y esto en casos excepcionales, lesiones tuberculosas.

La desecación y la conversión rápida de los esputos en polvos movilizables, son medios naturales de preservación contra la infección tuberculosa.

Tratamiento sistemático de la apendicitis por el timol. — El Dr. Guiart: La apendicitis es casi siempre de origen parasitario, y para curarla basta administrar un vermífugo. Es preferible el timol á dosis elevadas, seguido de un purgante salino, con cuyo tratamiento he obtenido siempre la curación; tiene la ventaja de ser aplicable á todos los casos de apendicitis, sin que sea necesario el examen previo de las materias fecales para buscar en ellas los huevos de los vermes intestinales.

El timol debe administrarse en polvo y á dosis elevadas, 2 á 3 gramos por día, en sellos de 1 gramo, que se toman en una pequeña cantidad de agua caliente y con una hora de intervalo. Se repite el tratamiento por espacio de tres días, durante los cuales el enfermo sólo beberá agua.

El timol es bien tolerado por los enfermos, que pueden continuar su vida y su alimentación normales. Unicamente se les prohibirá tomar aceite, glicerina, ácido acético, cloroformo, éter, y en particular alcohol. El timol es, en efecto, soluble en estos líquidos, lo que hace posible su absorción y el envenenamiento.

La medicación timolada es aplicable al tratamiento de la apendicitis y de la fiebre tifoidea, á la expulsión de los vermes intestinales, de los anquilostomas, de las anguilulas y aun de las tenias.

(*Le Bulletin Medical*). — F. Toledo.

---

subjetivos del lado derecho, ofreciendo al mismo tiempo un estado vertiginoso y dolor hemicráneo correspondiente al mismo lado. En este sujeto, el tratamiento yodurado acabó con la hemicránea y el vértigo, pero dejó en el mismo estado las parálisis del acústico y del facial.

De la sordera sifilítica lenta ó rápida, sin participación de la parálisis del facial, tenemos registrados gran número de casos, sobre todo en lo que hace referencia á la sordera por manifestación sifilítica hereditaria tardía; pero consideramos que tales agrupaciones no son para englobadas en el epígrafe del Dr. Lannois.

Dice el autor, que semejante asociación es raramente registrada en la literatura y se complace en citar las observaciones de Th. Barr, de Fournier, de Bouveret, de Binger, de parálisis múltiple de los nervios craneales, de Brühl y de Rugani, apoyándose en la escasez de observaciones, para publicar cinco casos de su práctica personal, en los que con bastante constancia se dan parecidos caracteres clínicos.

Del estudio realizado, deduce las conclusiones siguientes:

1.ª La sífilis puede atacar aisladamente el nervio acústico y el facial; pero también puede interesar simultáneamente los dos troncos nerviosos.

2.ª Estas parálisis pueden presentarse en todas las etapas de la sífilis.

3.ª Su patogenia es muy variable, pudiendo estar relacionados con lesiones terciarias, como exostosis del conducto auditivo interno, gomas en el trayecto de los nervios, meningo-encefalitis de la base, debiéndose más frecuentemente á intoxicación especial del agente sifilítico.

4.ª El pronóstico es desfavorable para el oído y menos funesto para la parálisis del facial.

II. En el último Congreso Médico internacional ha presentado nuestro distinguido amigo el Dr. Tapia un trabajo en el que se revela el noble afán del investigador ilustrado que desea el enriquecimiento de la ciencia.

En esta publicación, meritoria por el fino análisis clínico, se admira al laringólogo que, con ilustración superior, quiere elevarse á la noción etiológica y patogénica, pero no se puede estar en conformidad con la conclusión.

Después de hacer el autor la exposición de los síndromas de Avellis, de Schmidt y de Jackson, estudia cuatro observaciones clínicas

de su práctica particular, de las que pretende sacar un síndrome nuevo con existencia autónoma fisiopatológica.

Para que nuestros lectores, no versados en la materia, formen juicio de la cuestión, les diremos que, el síndrome de Avellis consiste en la simultaneidad de los hemiparálisis laríngea y del velo palatino; que el síndrome de Schmidt estriba, en la unión de la parálisis del esterno-cleido-mastoideo y del trapecio con las hemiparálisis del síndrome anterior, y, finalmente, el síndrome de Jackson consiste en la conjunción de la hemiparálisis lingual ó la mencionada de la laringe y velo palatino, acompañándose ó no de la correspondiente á la rama externa del espinal.

El síndrome nuevo, que el Dr. Tapia pretende vitalizar, consistiría en la conjunción de las hemiparálisis laríngea y lingual, sin participación del velo palatino, existiendo ó no la parálisis de los músculos esterno-cleido-matoideo y trapècio, inervados por la rama externa del espinal.

Para fundamentar su conclusión, expone cuatro historias clínicas, que dada la importancia del asunto, vamos á copiar en sus puntos esenciales.

1.° Un torero recibe una herida en la parte lateral derecha del cuello y presenta los fenómenos linguales de hemiparálisis que, según el Dr. Tapia, demuestran que el hipogloso ha sido seccionado; añadiéndose á esto que, la cuerda vocal del mismo lado se presenta en posición cadavérica, lo que al autor le demuestra que el pneumogástrico ha sido seccionado por debajo de la emergencia del faríngeo superior, apreciándose también la parálisis y reacción degenerativa en las zonas inervadas por la rama externa del espinal.

2.° Un joven, en una operación practicada por el Dr. Reclus para la extirpación de un epitelioma bronquial, sufre la sección del pneumogástrico, del hipogloso y del simpático. Las consecuencias operatorias son la hemiparálisis laríngea y de la lengua.

3.° Un sujeto con una tumoración infraparotídea del tamaño de una mandarina, es afectado de hemiparálisis laríngea y lingual, sin que, desgraciadamente, la autopsia pueda ser realizada.

4.° Un torero recibe una herida de 10 centímetros en el lado derecho del cuello, y el Dr. Tapia supone, con fundamento, que pudo ser herido el recurrente al mismo tiempo que el hipogloso del mismo lado, cual lo comprueba la hemiparálisis laríngea y lingual.

Apuntado lo que podemos llamar el alcaloide de las observaciones del Dr. Tapia, nos parece que no está justificada la creación de un

nuevo síndrome. Para que en la clínica pueda tener autonomía un determinado cuadro sintomático, precisa que los elementos que lo constituyan sean engendrados de un modo sistemático y por un modo fisiopatológico siempre idéntico, de tal manera que, al presentarse á nuestra observación, podamos elevarnos sin duda alguna al concepto patogénico. Comprendido de otro modo el síndrome, no representa sino la conjunción accidental de varios signos, que puede dar lugar á infinitos cuàdros sintomáticos.

En el sistema nervioso es donde, precisamente, la sistematización fisiopatológica tiene mayor oportunidad de realización, pues obedeciendo su estructura á un plan topográfico siempre idéntico, las lesiones de que es afectado ofrecen con frecuencia una disposición sistemática, cuyas manifestaciones periféricas constituyen síndromes preciosos para el diagnóstico de las alteraciones centrales.

La sintomatología expuesta por el Dr. Tapia, ¿corresponde á esta idea? Evidentemente no; las historias referidas son ejemplos de las varias lesiones que los traumatismos pueden realizar sin que exista conexión alguna fisiopatológica, imperando solamente el capricho de la suerte. Una herida del cuello lo mismo puede producir la hemiparálisis laríngea en conjunción con la del hipogloso, que la hemiparálisis laríngea y la de cualquier sección del plexo braquial, ó estar unida con una lesión del simpático ó con una parálisis radicular cualquiera, sin que esto pueda representar un síndrome.

El capricho del traumatismo es el que impera, y en modo alguno puede fundamentarse un cuadro sindrómico que nos eleve á un concepto patogénico sistemático.

El sujeto de la historia 3.ª del Dr. Tapia, con una neoplasia del cuello, puede asimilarse bajo este concepto á un traumatismo, pues la invasión de una neoplasia maligna no reconoce norma alguna, y simplemente por accidente interesa estructuras que no tienen entre sí conexión alguna fisiopatológica.

III. Los Dres. Lermoyez y Mahu, después de haber ensayado hace cuatro años las inyecciones hipodérmicas de tiosinamina en solución alcohólica al 15 por 100, con objeto de procurar el reblandecimiento del tejido de cicatriz que caracteriza la lesión de la otitis media adhesiva, y visto el fracaso completo, han ensayado últimamente los baños cuotidianos del oído, con la misma substancia aplicada durante diez minutos. De ocho enfermos han mejorado seis considerablemente, teniendo que deplorar en dos la reaparición de la supuración.

Sin declararnos pesimistas absolutos en la materia, nos confesamos escépticos, y sobre todo cuando ese mismo efecto lo hemos notado muchas veces en nuestra práctica personal empleando la glicerina fenicada, que ha hecho reaparecer la supuración agotada y ha procurado un aumento considerable en la audición, por un efecto físico fácilmente comprensible.

IV. Entre las múltiples aplicaciones que el radium va adquiriendo en la terapéutica, tenemos que llamar la atención sobre las que se han ensayado en nuestra especialidad; encontrándonos en este terreno con una meritoria publicación del Dr. Botey, aparecida en *Los Archivos latinos de Laringología*, y reproducida en *Les Annales des maladies de l'oreille* del mes de agosto.

Haciendo constar el autor primeramente que, bajo el punto de vista terapéutico, hay que establecer una distinción entre la irradiación y la emanación de las sales de radium, indica que en nuestra especialidad tiene aplicación exclusivamente la irradiación.

Con el objeto de hacer práctica su aplicación á los diferentes órganos, ha ideado una porción de instrumentos, cuyo mecanismo no es comprensible sino con la exposición detallada y los grabados que al trabajo acompañan, por lo que tenemos que conformarnos con remitir al lector al original.

El radium que se presta perfectamente, empleando el instrumental adecuado para ser introducido por las primeras vías, puede compararse á una diminuta ampolla de Röntgen, que puede ser colocada en el interior de las cavidades. Hasta la fecha parece comprobado que la influencia del radium no se deja sentir sino en las capas superficiales de los tejidos.

Según el Dr. Botey, los 19 casos en que lo ha empleado, son lo bastante para juzgar de sus efectos en oto-rino-laringología. En primer lugar la influencia favorable del radium sobre la cicatrización de ciertas neoformaciones malignas y tuberculosas superficiales y poco extensas, parece evidente, siendo maravilloso su efecto en el epitelioma cutáneo de la nariz. Idéntico poder electivo ha mostrado para el lupus nasal ulcerado poco extenso y no muy profundo.

A pesar de que el radium se presta mucho mejor que los rayos Röntgen para actuar en el interior de las cavidades, podemos considerar su efecto como nulo en todas las neoformaciones que no sean superficiales.

Los efectos curativos del radium son completamente nulos sobre el acné rosáceo, pero tiene un poder evidente en la curación de la

leucoplasia bucal. El Dr. Botey ha curado un caso de actinomicosis en el espacio de cuatro semanas. En un caso ha podido comprobar el poder acelerador que posee sobre la epidermización de la cavidad resultante en el vaciamiento mastoideo.

El radium puede ser aplicado cotidianamente, y empleando el de 500.000 actividades, no hay inconveniente en aplicarle hasta dos y tres horas por día.

Aunque el radium dentro de nuestra especialidad parece tener aplicación superior á la Röntgenterapia, hay que hacer constar que sólo algunos centígramos de una sal de radium de 500.000 actividades cuesta 2.000 francos, lo que á nuestro juicio constituirá un obstáculo considerable para su difusión en la práctica.

V. Se han multiplicado tanto las publicaciones sobre la actinomicosis, que se comprende debe ser una enfermedad de mayor frecuencia de lo que aparenta y que pasa desapercibida por la incuria de los observadores. Así, por ejemplo, en nuestro país las publicaciones sobre la materia son muy escasas, sin que podamos admitir que existan razones especiales de localidad que la hagan menos frecuente que en otros países.

Al Dr. Castañeda, distinguido y sabio especialista, aurista y laringólogo de San Sebastián, debemos una reciente historia clínica que ha visto la luz en la *Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rinologie*, que por su importancia, así como por ser un trabajo nacional, queremos transcribir con el mayor detalle posible, dado el carácter de nuestras revistas.

Un sujeto de cincuenta y nueve años nota cierta dificultad en los movimientos del cuello, observando más tarde cierta dureza en el lado derecho, formándose una tumoración que dificulta un tanto la respiración, poniendó también la voz velada.

Consultado el Dr. Castañeda, notó tres tumoraciones: una en la región lateral derecha, entre el borde posterior del esterno-cleido-mastoideo y el trapecio, por encima de la clavícula, presentando un volumen como una media naranja, cubierta de piel normal y adherente y siendo dura é inmóvil; otra, situada en la región infrahioidea, se extiende desde la parte superior del tiroides á la región esternal, donde forma un relieve muy prominente, duro, inmóvil y adherida á los tejidos, de tal modo que hacía imposible los movimientos de ascensión de la laringe; y la tercera, más pequeña y del mismo aspecto de las anteriores, situada en la región lateral izquierda del cuello.

Todos eran indolentes y no se notaban infartos ganglionares. Las cuerdas vocales estaban un poco rojas, sin estenosis alguna; de modo que la dispnea que acusaba el paciente era atribuible á compresión del árbol aéreo en una zona que la laringoscopia no podía precisar.

La incisión franca de la induración anterior desde el hueso hioides hasta la orquilla del esternón, descubre un tejido ligeramente amarillento que infiltra las masas musculares llegando hasta la tráquea, y deja escapar un líquido seroso sanguinolento con algunas partículas amarillentas.

El examen microscópico demostró la existencia del actinomices con todos sus caracteres morfológicos.

Como los fenómenos estenósicos no cedían, colocó el autor una cánula traqueal, notando que las paredes traqueales estaban invadidas por la infiltración actinomicósica, la que se extendía á las ramificaciones bronquiales.

El caso expuesto por el Dr. Castañeda ofrece la particularidad de presentar una aparición primitiva en el cuello sin que la mandíbula y mucosa bucal hayan tomado parte en el proceso, pues sabido es que el origen maxilar de la actinomicosis es la regla lo mismo en la infección bovina que en la humana.

VI. La anquilosis crico-aritenóidea es un capítulo poco manoseado en los tratadistas de la especialidad y que la bibliografía corriente registra con rareza, por lo que consideramos de interés llamar la atención sobre cualquiera publicación sobre la materia. Seguramente que pocos laringólogos habrán tenido ocasión de observar la artritis crico-aritenóidea que precede á la anquilosis, pues en mi práctica personal, algo extensa, sólo he tropezado con dos casos, uno de los que hace muchos años publiqué en la Revista del doctor Moure, y otro que actualmente tengo en observación en una enferma de la sala de clínica médica del Dr. Mariani.

En estos dos casos personales, se trata de la infección sifilítica, que los autores registran con mayor frecuencia como la causante de artritis crico-aritenóidea; sin ocuparnos de otras artritis de orden secundario, ocurridas en el curso de la evolución de un proceso ulceroso sifilítico, tuberculoso ó canceroso, que por propagación llega á interesar los tejidos de la articulación, pues tal clase de artritis es de observación diaria y del conocimiento de todos los especialistas.

Pero sin duda alguna que la artritis reumática ó gotosa con an-

quilosis final crico-aritenóidea es mucho más rara todavía y muy pocos han tenido ocasión de observarla.

Al hablar de artritis reumática, no debemos confundirla con la dificultad en la movilidad de una mitad laríngea que puede ocurrir en el transcurso de una simple laringitis catarral y que es atribuible á deficiencia en la acción muscular de los grupos crico-aritenóideos, pues tal manifestación, que algunos publicistas exagerados consideran como manifestación articular, no representa sino un hecho muy frecuente en la evolución de las lesiones catarrales.

El Dr. Henry Perkins (del Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital) publica un trabajo sobre la materia en el *New-York Medical Journal* (septiembre de 1906), en el que limita su atención á las determinaciones articulares de orden reumático ó gotoso, apoyando sus consideraciones con la exposición de un caso de su práctica personal, que es como sigue:

Un individuo de veintiseis años, descendiente de reumáticos, que padece con frecuencia ligeros dolores por enfriamiento y estados congestivos faringo-laríngeos, predispuesto á la ronquera con los esfuerzos vocales y que queda afónico al menor enfriamiento, sufre en abril de 1905 una rinitis aguda, seguida bien pronto de completa afonía, demostrando entonces el examen laringoscópico ligera congestión del interior de la laringe. La cuerda vocal izquierda estaba fija en la línea media, sin pérdida de tensión é inmóvil, así en los ensayos fonatorios como en la inspiración profunda. La región aritenóidea izquierda estaba tumefacta y roja. El examen de su estado general demostró un estado de normalidad visceral. Visto el enfermo en consulta con el Dr. Bosworth, se convino en que se trataba de una anquilosis de la articulación crico-aritenóidea.

Un tratamiento local apropiado consigue la desaparición del estado catarral de la mucosa sin modificarse la inmovilidad del aritenoides. El autor considera fundamentado su diagnóstico en las siguientes razones: 1.ª, absoluta inmovilidad de la articulación; en los ensayos de fonación, la presión que el aritenoides sano ejerce sobre el lado enfermo no conseguía moverle de su sitio, como hubiera sucedido si se hubiera tratado de una parálisis nerviosa; 2.ª, la apariencia tumefacta de la articulación permaneció invariable durante varios meses; 3.ª, la conservación de la tensión de la cuerda es argumento en contra de la existencia de una parálisis; 4.ª, la falta de todo padecimiento en la trayectoría del nervio recurrente.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DR. D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

I. ALTURAS EN LAS CIENCIAS MÉDICAS EN EL REINO EL-ANDALUZ, por el doctor D. Antonio González Prats, y discurso de contestación por el doctor D. Luis Comenge Ferrer. Un tomo en 4.° de 159 páginas. Barcelona, 1906.

II. LA FUERZA DEL HÁBITO, RESORTE DE LA HUMANA PERFECTIBILIDAD, por el Dr. D. José Blanc y Benet. Folleto en 8.° de 36 páginas. Barcelona, 1906.

III. DOLORES GÁSTRICOS. PRIMERA PARTE: DIAGNÓSTICO ESPECIAL Y DIFERENCIAL, por el Dr. D. R. Luis y Yagüe. Folleto en 4.° de 91 páginas. Madrid, 1905.

IV. LA OFICINA DE FARMACIA ESPAÑOLA, según Dorvault. Vigésimosexto suplemento de la segunda serie, por D. Joaquín Olmedilla y Puig y don Filiberto Soria y Sánchez. Un tomo en 4.° de 248 páginas. Madrid.

I

En este discurso, que ha escrito el Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona, Sr. González Prats, para su ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de dicha capital, se hace una reseña bastante extensa y muy detallada, por lo que á la enumeración personal se refiere, de los médicos que florecieron en el reino El-Andaluz, desde la invasión de los árabes en España hasta su expulsión.

Representa un trabajo enorme de investigación histórica y muy meritoria, por otra parte, la labor del nuevo Académico, no sólo por lo que se refiere al asunto concreto de que se trata en su erudito discurso, sino también porque con él llama la atención hacia los estudios historicomédicos en general, y muy especialmente á aquellos que se relacionan con nuestra patria y con su cultura médica.

Claro está que al rebuscar el autor las noticias históricas que constituyen el fondo de su discurso, había de tropezar con afirmaciones algo contradictorias acerca del valor relativo de las culturas arábiga, cristiana y también judía; pero en último término, cuando se estudia el pasado sin más ánimo preconcebido que el de descubrir la verdad, como lo ha hecho el Sr. González Prats, no se puede hacer ningún reproche por encontrar en los datos recogidos semejante aparente contradicción. Esto no obstante, debo decir que

no aparece con bastante claridad en el discurso del nuevo Académico la savia griega y la alejandrina que, como dice el doctor Comenge, encargado del discurso de contestación, trajo el árabe á nuestra Península cuando ya dicha savia había penetrado en ella por sendas septentrionales.

En este mismo discurso de contestación, correcto y castizo en su lenguaje y digno complemento del notable trabajo del Dr. González Prats, hace constar el Dr. Comenge que los médicos arábigos influyeron también en la cultura de la región catalana, pero no tanto como en el centro de la Península.

Bastan estas indicaciones para demostrar que ambos discursos prueban la competencia de sus autores en lo que á la historia médica de nuestra patria se refiere, y pueden servir de base y orientación para los que deseen dedicarse á esta clase de estudios.

II

Lo que caracteriza principalmente á este discurso, leído en la sesión que se celebró para inaugurar el curso próximo pasado en la Sociedad de San Cosme y San Damián, es en primer término la bondad de su doctrina, y en segundo la precisión de su lenguaje, precisión que revela en el autor una educación filosófica sólidamente cimentada, cualidad por desgracia poco común en los tiempos que corremos.

Estudiar lo que es el hábito; en qué difiere éste del instinto; hasta qué punto—tema tan discutido como interesante—puede ser transmitido por herencia; comparar el hábito en el hombre y en los animales para hacer resaltar las analogías y diferencias que existen en ambas clases de seres; estudiar los efectos del hábito, sus ventajas é inconvenientes y la manera de dirigirle y de utilizarle para el perfeccionamiento de la especie humana y del individuo en particular, tales son los puntos que examina el Dr. Blanc en su bien meditado discurso, por el que le doy mi más cordial enhorabuena.

Quien lea sin ánimo prevenido el trabajo del Dr. Blanc, no podrá menos de reconocer cómo á la luz de la antigua filosofía escolástica, tan menospreciada hoy por algunos, como mal conocida, se pueden dilucidar los problemas que plantea la moderna psicología fisiológica.

III

El dolor de estómago, lo mismo que la cefalalgia, puede tener significación tan variada, que bien merece un estudio especial como el

que ha hecho en el folleto á que se dedican estas líneas el reputado gastrólogo Dr. Luis y Yagüe.

Después de algunas consideraciones generales, estudia el autor los caracteres del dolor de estómago, ó sea su forma, momento de aparición, localización, intensidad, duración y difusión, terminando esta primera parte con una clasificación de las gastropatías dolorosas.

Seguidamente pasa revista, y por cierto muy detenida y minuciosa, á las distintas afecciones en que se pueden presentar dolores gástricos, apurando hasta el último extremo la enumeración de los caracteres propios del dolor en cada una de dichas dolencias y los diferenciales que distinguen dichos estados patológicos de aquellos con que pudiera confundirse.

El estudio es tan completo, que si algún defecto pudiera señalársele sería el de serlo con exceso, pero no hay motivo para ponerle tal tacha. Es muy natural, y por lo tanto inevitable, que la comparación sucesiva de cada entidad patológica con sus afines dé ocasión á repetidas referencias. En cambio, esta particularidad hace más fácil el estudio diagnóstico de cada afección dolorosa del estómago en un momento de dificultad para el práctico; pues al fin, si el folleto del Dr. Luis y Yagüe es de lectura útil para todo médico, lo ha de ser más especialmente para el que se encuentre en presencia de alguno de esos casos de diagnóstico difícil, que no son nada infrecuentes en la práctica médica.

IV

En el presente vigésimosexto suplemento á la Oficina de Farmacia española, según Dorvault, la novedad principal, porque la misma naturaleza de las cosas hace que no pueda ser muy frecuente, es el extenso artículo que los Sres. Olmedilla y Soria dedican á la última edición de la Farmacopea española, de cuya obra toman también algunas fórmulas.

Muy interesantes y á la vez numerosas son las noticias referentes á ensayos y análisis de medicamentos y venenos; pero más interesantes aún son para el médico las nuevas fórmulas que trae este suplemento y el estudio que en él se hace de los perboratos y del percarbonato potásico, con los cuales se puede preparar agua oxigenada. También merece especial mención el capítulo dedicado á los extractos acéticos.

Noticias son no menos dignas de ser consignadas las referentes á

los procedimientos de que se hace mérito para analizar orinas, aguas y substancias alimenticias; la descripción de un nuevo procedimiento para llenar y esterilizar ampollas con líquidos destinados á inyecciones hipodérmicas, los detalles y noticias que se incluyen acerca de los opios artificiales de Esmirna, y por último, la descripción de un aparato automático que advierte la presencia del óxido carbónico, aparato cuya utilidad no es necesario encarecer.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Enteritis folicular ó disenteriforme y su tratamiento. — El Dr. J. Aguilar, publica el siguiente artículo en la *Revista Valenciana de Ciencias médicas*:

«Se caracteriza, como todo el mundo sabe, por la frecuencia y poca abundancia de las deposiciones, acompañadas de tenesmo y gritos que acusan el dolor que provocan. Las heces están formadas por materias mucosas, sanguinolentas y hasta puriformes; hay algunas veces fiebre, que persiste algunos días y aun durante toda la evolución, con más ó menos intensidad; el vientre aparece más bien hundido que metereorizado; los vómitos, que sólo se presentan al principio, desaparecen pronto; los fenómenos nerviosos (estupor comatoso ó convulsiones) no son raros. Estos son los síntomas de la *colitis aguda disenteriforme* en su *forma pura y primitiva*, que puede revestir gravedad ó ser benigna. Las formas benignas sólo determinan una escasa reacción febril y nerviosa, y curan pronto cuando el tratamiento se instituye pronto y de manera conveniente. Las formas graves, aunque pueden curar también, se complican á menudo con accidentes de infección general, de broncopneumonía, de meningitis, de nefritis, de supuraciones cutáneas, que pueden ser mortales. La autopsia demuestra una congestión intensa del intestino grueso y tumefacción de los folículos linfoides, que á veces están ulcerados (enteritis folicular); sin embargo, no se ven grandes ulceraciones como en la disentería verdadera.

Esta colitis aguda es rara en los primeros meses de la vida, y muy frecuente después de la época del destete.

En esta afección, como en todas las demás del aparato gastro-intestinal de carácter agudo, comienza el tratamiento por la institución de la *dieta hídrica*, que *infaliblemente* disminuye la intensidad de los fenómenos morbosos. Sin embargo, no hay que esperar en estos casos los excelentes resultados que se obtienen en la gastro-enteritis aguda coleriforme y sus similares, sin duda porque aquí, en la colitis disenteriforme, se trata menos de una infección originaria del contenido intestinal, que de lesiones radicantes en la pared del intestino grueso. En cambio, tenemos en la terapéutica

de este proceso un remedio que no dudo de calificar de heróico: el *sulfato de sosa*. Debe prescribirse desde que se instituye la dieta hídrica, á la *dosis de 2 á 4 gramos cada ocho horas durante dos días, á los niños desde uno y medio á seis años*. Al tercer día de tratamiento se suspende el sulfato de sosa y se da la *infusión de ipecacuana*, muy eficaz también á dosis débiles y fraccionadas; por ejemplo, la fórmula siguiente:

Polvo de raíz de ipeca.....	0'25 centígramos.
Agua hirviendo.....	80 gramos.
Jarabe de cortezas de naranjas.....	20 —

para tomar á pequeñas cucharaditas cada hora hasta terminar. El calomelano siempre ha sido ineficaz, por lo menos en los casos tratados por mí.

Terminada la dieta hídrica, que no debe prolongarse más de veinticuatro á treinta y seis horas, se recomienza la alimentación con suma prudencia por la leche y las decocciones de farináceos (harina de arroz, trigo candeal, fosfatina), y sobre todo malteados por la adición después de hecha la papilla de una cucharada de buen extracto de malta.

En los primeros períodos de la afección, cuando ésta se encuentra en la fase aguda, es decir, durante los tres ó cuatro primeros días, jamás usamos de los lavados intestinales, práctica vulgar muy corriente, que en esta ocasión además de carecer de real utilidad, son sumamente dolorosos; en cambio, transcurrido este primer período, aconsejamos se practique uno ó dos á lo sumo, con agua hervida caliente, simplemente salada, ó adicionada de 5 *gramos de hiposulfito de sosa*, seguidos de una inyección rectal con sonda blanda, de la fórmula siguiente:

Agua oxigenada á 12 volúmenes.....	25 gramos.
Bicarbonato de sosa.....	0'50 centígramos.
Agua destilada.....	100 gramos.

Cuando este tratamiento se sigue con rigor y constancia, es raro que la enfermedad no cure, sin dejar como resíduo más que una tendencia á la constipación. En otros casos, sin embargo, después de cesar la fase aguda, queda una diarrea crónica que adelgaza rápidamente al niño y que puede terminar por la muerte; esta diarrea se debe á las *ulceraciones foliculares*. Las heces son entonces glerosas, mucosanguinolentas y puriformes. En tales períodos el sulfato de sosa y la ipecacuana no son tan eficaces como en los brotes agudos, y si bien entonces el subnitrato de bismuto, el tanígeno, la tanalbina y demás astringentes disminuyen la diarrea, no la hacen desaparecer sin embargo. La fórmula de Comby siguiente me ha dado buenos resultados en algunos casos:

Raíz de colombo.....	1 gramo.
— ipeca.....	0'25 centígramos.
Agua hirviendo.....	60 gramos.

Hágase infusión, filtrese y añádase:

Poción gomosa.....	30 gramos.
Subnitrato de bismuto.....	4 —

Una cucharada de café cada dos horas.

De los lavados con soluciones de nitrato argéntico nada puedo decir.

Respecto de la dieta, en estos casos hay que suprimir la leche y alimentar sólo con decocción de farináceos y ensayar el uso de la carne cruda, según las reglas propuestas por Weisse, de San Petersburgo, y antes por Trousseau.

Rápidamente las indicaremos. Se toma un pedazo de filete de ternera ó carnero, se corta en trozos muy pequeños, que en un mortero se convierte en una papilla espesa, la que se pasa por un tamiz de agujeros finos. De este modo se recoge de la cara externa un verdadero puré de carne. Algunos niños lo toman sin repugnancia, pero á otros hay que dárselo sazonado con sal ó azúcar, almíbar, y hasta un poco de chocolate hecho con agua. Respecto de la dosis, debe comenzarse por unos 15 á 20 gramos en dos ó tres veces en el día; al día siguiente se dobla la dosis y llega en varios días á 100 ó 150 gramos. No es raro encontrar en las heces los primeros días algunos trozos de carne sin digerir, lo cual no debe ser causa de cesar en la medicación, á menos que esta indigestión ó la extremada fetidez de las heces sean continuas».

Piés planos y en valgus. — Los Dres. Palacios y Ríosalido publican en la *Revista Ibero-Americana de Ciencias médicas* el caso clínico siguiente:

«Mujer fuerte, colorada, y como de unos veintitantos años, manifestaba unos piés excesivamente aplanados, rodados hacia adentro (en *valgus*), muy dolorosos é inservibles para la marcha y el *sostén* de la pobre enferma; manifestaciones todas de piés planos en valgus, dolorosos, y más acentuadas en el lado derecho.

Se trataba de un caso en el que no cabía más recurso que la intervención cruenta: restauración de la bóveda obrando sobre el elemento óseo y haciéndola fija, y desaparición del valgus con la corrección forzada.

El Dr. Palacios encargóse de intervenir sobre uno de los piés, y el doctor Ríosalido en otro; y como ambas operaciones y el curso post operatorio ha sido el mismo con ligeras variantes, y como, por fortuna, el resultado hasta ahora ha sido bueno, haremos una descripción con la misma horma y á la medida de ambos piés.

Todos los procedimientos que actúan sobre el hueso para la curación del pié plano son mediotarsianos; sólo Trendelemburg, que dirige sus cortes al cuello inferior de la tibia y peroné, y Gleich, que secciona el calcáneo en sentido anteroposterior para hacer resbalar hacia adelante el fragmento más postero-inferior, los demás cirujanos han resecado una cuña que comprendía todo el escafoides, como hace Bird, ó todo el astrágalo (Vogt), ó el escafoides entero, cabeza del astrágalo y una viruta de los primeros cuneiformes, según Lejars, ya la cabeza y cuello del astrágalo, práctica de Stokes, ó, por fin, apuntando el procedimiento de Ogston, cuña tan ligera que era exclusivamente un refrescamiento de la articulación astragalo escafóidea. Nosotros, siguiendo el criterio de Schwartz, que subordina el sitio y la cantidad de cuña que se ha de resecar al juicio del cirujano y á la mejor corrección de la deformidad, intervenimos de este modo:

Hecha una desinfección minuciosa de todo el pié, y descansando éste sobre el borde externo, se hizo sobre el interno una incisión á fondo, paralela á la planta del pié, de unos seis centímetros de larga, y que compren-

día en su punto medio la articulación astragalo-escafóidea; descubierta ésta, se denudaron de su periostio los dos huesos que la forman, y se procedió á resecar la cuña ósea, una vez que con dos separadores quedó perfectamente al descubierto la articulación. Dos cortes de escoplo, uno que atacando el escafoides de dentro á fuera y ligeramente de delante á atrás, y otro que haciéndolo sobre el astrágalo también hacia afuera y de atrás á adelante, fueran á reunirse ambos en la profundidad del tarso, limitaron de este modo una cuña que comprendía dos tercios de escafoides y una delgada lámina de astrágalo. Se cortaron algunas ataduras ligamentosas que sujetaban el trozo resecado, y se extrajo éste con unas pinzas.

Esto fué todo; después algunos pequeños detalles, cómo nivelación de superficies, extirpación de restos de cartílago, mayor refrescamiento de astrágalo en un pié más que en otro..... el resultado fué el mismo: en ambos quedaron dos superficies, lo suficientemente regulares para soldarse más tarde y formar una bóveda fija. Se ligaron algunas arteriolas, y se procedió á la colocación del vendaje escayolado, el mejor medio para obtener la consolidación de las dos superficies refrescadas. Puesto el apósito, y mientras un ayudante, cogiendo el pié por los dedos y el talón, acentuaba el *varus* y aproximaba el borde interno del repetido pié sobre él mismo, hasta forzarlo, hasta sentir el contacto de las dos caras óseas, otro colocaba el vendaje inamovible desde mitad de la pierna á la punta de los dedos, manteniéndolo después el primer ayudante en la posición forzada, hasta ver la escayola completamente endurecida.

Más tarde se operó el pié derecho, y el mismo día, bajo la acción del cloroformo, se colocaba en el izquierdo un vendaje enyesado, corrigiéndolo en *varus* para facilitar la operación cuando en él se hiciera.

Veinte días después se operaba el otro y se levantaba la cura del primero, viendo que había consolidado, pero que para mayor seguridad volvióse á inmovilizar.

A las dos semanas se abrió una ventana en el apósito enyesado del izquierdo para ver cómo se encontraba la herida: también, por fortuna, había cicatrizado, é iba la soldadura camino de la consolidación; cerramos la ventana, y así quedaron ambos piés dentro de sus vendajes respectivos hasta últimos del mes de abril, en que se quitaron definitivamente, y fueron reemplazados por plantillas de aluminio para sostener dos bóvedas con dos callos jóvenes.

A los tres meses de su ingreso en la sala salía la enferma, sin haber tenido durante su estancia en ella la más ligera fiebre; sin dolores, con bóveda plantar y andando en muy buenas condiciones». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

Sesión del día 9 de Octubre de 1906.

La sífilis de las mujeres honradas. — Al terminar mi comunicación en la sesión anterior decía que los hechos de contagio lejano se explicaban por un dato recientemente adquirido: las sífilis secundarias tardías. Terciaria por la época, la sífilis conserva algunas veces la fisionomía secundaria, adquiriendo como expresión sintomática tipos de modalidad usualmente secundaria, como erupciones eritematosas ó pápulo-escamosas y sifílides mucosas, genitales ó bucales, especialmente bucales, absolutamente idénticas á la placa mucosa de las primeras etapas de la sífilis. Estas invasiones tardías de los tipos secundarios, transportadas de esta suerte á la etapa terciaria de la enfermedad, se verifican en épocas muy diversas; con más frecuencia, es cierto, en los primeros años del terciarismo, pero á menudo también un poco más tarde, algunas veces mucho más tarde, diez, doce, quince ó veinte años después de la infección y aun más allá. Entre estos accidentes secundarios tardíos figuran algunas veces *síntomas contagiosos*, cuya contagiosidad no está atenuada ni agotada por su invasión tardía. La placa mucosa, genital ó bucal, no es menos contagiosa al décimo año de la enfermedad que en el primero ó en el segundo.

Ya se comprenderá que estos contagios tardíos llevan consigo peligros para el matrimonio. Para la profilaxia se presentan dos indicaciones á cumplir: una constituye para nosotros, médicos, un deber; es á saber: *educar á nuestros enfermos en lo que se refiere á los peligros del contagio sifilítico tardío.* La otra indicación se desprende de la que precede; héla aquí: Creo y hasta afirmo que todo sujeto sifilítico que vaya á casarse tiene la obligación moral, si es fumador y sobre todo gran fumador, de renunciar al tabaco. He aquí en qué me fundo. Inútil es recordar que, de un modo general, el tabaco es un gran provocador de accidentes bucales en la sífilis. El tabaco es el que despierta por excelencia las sifílides secundarias que invaden la boca en pleno período terciario y á lejanos plazos. Sin temor á equivocarme, á él es á quien incumbe la responsabilidad de la extraordinaria frecuencia de las sifílides bucales de forma secundaria, mucho más allá del período secundario. De mis observaciones se puede decir en cifras redondas que en las etapas avanzadas de la enfermedad, los accidentes que conservan la modalidad secundaria son casi cinco veces más frecuentes en la boca que en los genitales. De donde se desprende que, en las sífilis antiguas, la boca es más peligrosa que el pene. Por esto he dicho que el sujeto

sifilítico que se va á casar tiene la obligación moral de renunciar al tabaco, lo cual es tan fácil de enunciar como difícil de conseguir.

Otros dos rasgos tiene lo que he llamado sífilis de las mujeres honradas y ninguno de los dos hace honor al sexo masculino. He aquí el primero: *Toda mujer contaminada de sífilis por su marido está condenada, salvo raras excepciones, á ser insuficientemente tratada, y queda, por esto mismo, expuesta á los peligros de las sífilis mal tratadas.* En efecto, salvo raras excepciones, toda mujer contaminada por su marido se la trata con seguridad, pero muy sóbriamente, nada más que el tiempo necesario para pasar la esponja, como suele decirse, por los accidentes visibles y asegurar un bienestar provisional, pero no se la trata el tiempo necesario para constituir una seria garantía en el porvenir; por esto el terciarismo suele ser el epílogo de estos tratamientos incompletos. El segundo se formula así: *Toda mujer contaminada por su marido corre el riesgo de sífilis ignorada.* ¿Por qué? Por la simple razón de que su marido, para disimular el mal que la ha contagiado, hace cuanto es posible y porque en esta obra de disimulación toma parte con frecuencia el médico como cómplice. ¿Podría el médico declinar la singular situación de tratar una enferma con la misión de disimularle la naturaleza de su enfermedad? Esta es una cuestión muy especial que no entra en mis propósitos discutir por ahora. Lo que en todo caso no es discutible es que, si el médico acepta dicha situación, se transforma de repente en cómplice del marido, tomando parte en una conspiración del silencio y hasta de la mentira ante su clienta, puesto que él tiene la misión (según encargo del marido) no sólo de no declarar á la enferma que ella padece la sífilis, sino que también de persuadirla de que no la padece. Por lo tanto, si el plan imaginado por el marido tiene éxito, la mujer ignorará su sífilis toda su vida, lo cual será de una gravedad extraordinaria si esta mujer á los diez, quince, veinte ó veinticinco años ó más tarde es víctima de un accidente terciario y no existen ni su marido ni el médico de referencia para diagnosticar la especificidad. Y se comprende que así sea, tanto porque la enferma negará enérgicamente, si es en este sentido interrogada, puesto que dirá que su médico anterior le aseguró que no padecía la sífilis, como por las dificultades que rodean el diagnóstico de la naturaleza sifilítica de una lesión visceral y como por la sugestión moral del medio donde el médico se encuentra, y á la cual no escapa, en el seno de una familia honrada y que respira honestidad y virtud. En todo caso, el error es fácil y se comete con frecuencia, con mucha frecuencia debiera decir. Quién de nosotros no podría citar casos de este género, en que el médico se ha dejado engañar y sorprender de esta suerte por la sífilis de las mujeres honradas; y esto por haber olvidado un instante que se trata de una sífilis de los inocentes que representa un lazo incesantemente tendido á los piés del médico.

En síntesis; de lo que acabo de decir se desprenden dos verdades que resumiré así: I. Cuando se tiene la sífilis es bueno saberlo para tratársela en toda ocasión y para evitar contagiarla á otro; es decir, que el médico tiene el deber de no engañar á su cliente en este punto, mientras sea posible, y no consentir ante ella una reticencia ó *a fortiori* una disimulación más que en los casos en que se está rigurosamente obligado. II. Es necesario considerar como cierto que los errores abundan en la práctica relativa-

mente á las consecuencias terciarias de las sífilis ignoradas, las cuales, como última conclusión, diré que están por todas partes, pero en ninguna son más comunes que en el campo de las mujeres honradas que han sido contaminadas por sus maridos. — CODINA CASTELLVÍ.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 10 de Octubre de 1906 (1).

Tres casos de invaginación intestinal infantil. — El Dr. LEJARS: Las tres observaciones de que voy á ocuparme han sido dirigidas á la Sociedad por el Dr. Szczypiorski. La primera se refiere á un niño de cuatro meses que presentaba á la derecha, y algo por encima del ombligo, una tumefacción acompañada de fenómenos de oclusión intestinal. La laparotomía se practicó diez horas después de principiar los accidentes. Se encontró invaginación ileocólica, que fué reducida sin dificultad, curando el enfermo.

En el segundo caso se trataba de un niño de cinco años que presentaba síntomas de oclusión. La laparotomía no se practicó hasta los doce días. La invaginación era considerable y estaba localizada en el colon transverso. Fué fácil reducirla y el niño curó. Estos casos tardíos son, según sabemos, rarísimos en los adultos.

El tercero, que recayó también en un niño de seis años, es más bien un ejemplo de pseudo-oclusión, que se manifestó por vómitos, dolor y un tumor blando, sensible y del tamaño de un huevo de gallina; ocupaba el lado derecho del ombligo. Practicada la laparotomía, se descubrió hacia la terminación del íleon una tumefacción de un asa intestinal, dura y en forma de cilindro macizo. Sospechando el Dr. Szczypiorski que era de naturaleza tuberculosa, extrajo la tumefacción y la incindió; el intestino estaba vacío, pero su mucosa se hallaba sembrada de granulaciones miliares. En vez de extirparla se limitó á tocarla con agua oxigenada, reuniendo después los labios de la herida por medio de tres planos de sutura. A los pocos días desapareció la fiebre y el enfermo estaba curado. Recordaré que otros casos de este género han curado sólo con la laparotomía.

El Dr. KIRMISSON: Felicito á nuestro colega por estas intervenciones, que son frecuentísimas en Inglaterra, pero no en Francia, porque el cirujano ve á los enfermitos cuando es ya demasiado tarde. El diagnóstico debe hacerse pronto y es fácil, porque de 100 casos de oclusión intestinal en los niños, 99 veces se trata de invaginación. Es un dato que deben tener muy en cuenta los médicos. Añadiré que en los niños, lo mismo que en los adultos, se observa también la forma subaguda y que, á pesar de la operación, el resultado es la muerte. Esta es debida, no á la peritonitis, sino á la septicemia intestinal.

El Dr. BROCA: La operación debe ser precoz; sólo he visto morir á los enfermos que han tardado en ser operados. Hace poco tiempo, un niño de mi clínica fué operado á las seis horas de presentar síntoma de oclusión

(1) Primera del curso académico actual.

intestinal; durante dos días tuvo 40° de temperatura. La existencia de una diarrea verde explicó el fenómeno. A pesar de esta complicación, el enfermo curó.

El diagnóstico de las invaginaciones crónicas es difícil en ciertos casos. He visto en consulta con el Dr. Moizard un niño en el que no pudimos precisar la afección que padecía. Cuando le operé encontré el intestino en tal grado de atonía, que creí conveniente resecar 30 centímetros. ¿Hubiera producido una septicemia intestinal si no tengo la precaución de resecarle? He observado que estas invaginaciones crónicas son más frecuentes en individuos de menos de un año.

El Dr. Temoin: Creo útil referir el caso siguiente, aunque se trata de una enferma adulta. Tres semanas después del parto, la mujer objeto de esta observación sintió en el hipocondrio izquierdo dolores fuertes. Estos dolores se repitieron varias veces en el transcurso de algunas semanas; las deposiciones persistieron en los períodos de calma. Se sospechó una lesión renal. Los dolores se hicieron continuos, y entonces fuí llamado para ver á esta enferma. Se hallaba caquéctica y tenía una tumefacción por encima del ligamento de Poupart. El fondo de saco vaginal izquierdo estaba también tenso y doloroso. Creyendo que existía una salpingitis supurada, abrí el vientre y encontré el intestino distendido de un modo colosal; había invaginación de todo el intestino grueso y esfacelo de la pared envolvente. Resequé casi todo el intestino grueso, lo que fué fácil, pero la enferma murió de septicemia al día siguiente.

El Dr. Delbet: He observado un enfermo de dieciocho años cuyo diagnóstico fué difícil. Padecía desde mucho tiempo antes crisis dolorosas abdominales, sin fenómenos de oclusión. Descubrí una pequeña hernia umbilical, que sospeché era la causa, é hice la cura radical. Los dolores volvieron á presentarse, y habiendo descubierto una hernia inguinal la operé por creer que era la causa de los sufrimientos del enfermo. El resultado tampoco fué satisfactorio, porque los dolores reaparecieron y el enfermo enflaqueció paulatinamente. Me decidí entonces á practicar la laparotomía y encontré una invaginación del ciego que estaba rechazado debajo del hígado, lo que explicaba no se apreciara nada á la palpación. No existía lesión peritoneal, lo que me hizo sospechar si se trataría de un invaginación intermitente que provocaba las crisis. Para impedir que se reprodujera la invaginación hice, por medio de hilos transversales, que el intestino tomara la forma columnar. Gracias á este medio la curación persiste desde hace varios años. Añadiré que en mis experimentos practicados en perros he observado que es imposible reducir la invaginación tirando del cabo inferior; para conseguirlo es preciso rechazar por expresión el segmento invaginado.

El Dr. Broca: Es el único método que suele emplearse en las clínicas de niños; las reducciones se obtienen por expresión de abajo á arriba.

Ruptura de la sínfisis pubiana. — El Dr. Lejars: El Dr. Szczypiorski nos ha comunicado también la observación de un niño de doce años que fué atropellado por un carruaje, sufriendo la ruptura de la sínfisis pubiana y de la uretra y el hundimiento de las costillas 3.ª, 4.ª, 5.ª y 6.ª Nuestro colega buscó el extremo posterior de la uretra, restableció la continuidad de

este conducto y esperó varios varios meses para intervenir sobre el tórax. La intervención consistió en poner al descubierto las costillas; tres de ellas estaban fracturadas; la ruptura y el hundimiento desapareció.

F. Toledo.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 10 de Octubre de 1906 (1).

El automovilismo desde el punto de vista higiénico y terapéutico. — El Dr. Le Gendre: En 1893 y en 1894, en los Congresos de la Asociación francesa para el adelanto de las ciencias, hablé de los efectos de la bicicleta en la salud de los jóvenes, y hoy quisiera esbozar un estudio análogo manifestando las reflexiones que me ha sugerido la demostración de las múltiples influencias del uso de los automóviles. El análisis de los elementos constitutivos del automovilismo, tal como se practica de ordinario en nuestros días, permite reconocer los siguientes: la velocidad del vehículo, su trepidación, la ducha de aire que percute incesantemente el cuerpo, el enfriamiento, el polvo, la inmovilidad prolongada y el estado psíquico del conductor y el de los otros viajeros. Los aparatos y funciones que pueden ser influídos, en distintos grados, por las diversas condiciones precedentemente enumeradas, son, según mi observación, la piel, ciertos órganos de los sentidos, las vías aéreas, la circulación y la hematosis, el aparato digestivo, el aparato locomotor y el sistema nervioso, y en consecuencia, la nutrición general se encuentra necesariamente modificada.

En la *piel* sana, la intensidad de la corriente de aire, merced al espasmo de los capilares y de las arteriolas, produce una sensación generalmente agradable de fresco, seguida de una reacción de calor cuando el vehículo se detiene, reacción que puede llegar hasta la picazón y el escozor. Si la piel, al partir, está cubierta de sudor, se pueden observar los estados patológicos consecutivos á todos los enfriamientos bruscos por evaporación sudoral. Sabido es cuál es la intensidad de la pérdida de calórico por la piel en las carreras en automóvil y cuánto importa ir muy abrigado. Pero el hábito se adquiere fácilmente, y cuando se es friolero por naturaleza se puede curar, por medio del auto, de esa molesta sensibilidad al frío. Hay *dermatosis* de la cara y de las manos y también *hiperemias conjuntivales* y otras *afecciones oculares*, por las que es necesario temer la acción del viento y del polvo. He observado la desaparición en pocos días, bajo la influencia de un viaje en auto, de un *prurito generalizado*, intolerable y rebelde, en un artrítico y neuropático. He visto dos personas predispuestas á la *urticaria* que han tenido que renunciar al auto descubierto, puesto que les recidivaba el proceso después de cada carrera un poco rápida; en cambio, conozco un neuro-artrítico que le molesta menos dicho proceso desde que se dedica al automovilismo. La influencia de la corriente de aire no es nociva

(1) Primera del curso académico actual.

para las *mucosas* sanas. A los *enfisematosos simples*, sin catarro bronquial, les sienta de ordinario bien el auto mientras no usen más que una velocidad moderada. Los *asmáticos nerviosos*, beneficiándose de la distracción y de las modificaciones generales de la nutrición inherentes á una oxigenación más activa, pueden ir en auto y obtienen á menudo mejorías. Uno de mis clientes, que padecía accesos asmáticos de una violencia extraordinaria, curó de ellos por el automovilismo. Desde luego se ha de prohibir el auto á todos los *tuberculosos febricitantes* ó que hayan tenido *hemoptisis* de repetición, y hasta á los que han tenido una sola hemoptisis algunos meses antes. Pero se puede autorizar á los que tienen lesiones discretas de primer grado sin tendencia congestiva. He visto muchos tuberculosos antiguos en evolución silenciosa, aunque persistiendo cierto grado de catarro mucopurulento, á quien ha sentado bien el uso moderado del auto, á condición de ir protegidos por un cristal delantero y escoger el tiempo más conveniente.

El auto conviene á los *anemicos* y á los *cloróticos*, con la condición de que el vehículo sea muy confortable y que no sufran una larga inmovilización; se limitarán á carreras de dos horas, separadas por intervalos de reposo. Se autorizará á los *cardíacos* cuyas lesiones óricas estén compensadas; les considero como contraindicaciones las congestiones pulmonares y hepáticas, las primeras por la corriente de aire y el polvo y las segundas por la trepidación. No es necesario indicar que un cardíaco no debe dirigir él mismo el auto, por la fatiga física y la tensión nerviosa que exige la dirección. Los enfermos que padecen *insuficiencia aórtica*, los grandes *ateromatosos*, los que padecen la *dilatación aórtica de Hogdson*, expuestos muy particularmente á los síncopes, deben renunciar á la dirección. Los *aneurismas*, en particular los de la aorta, constituyen desde luego una contraindicación absoluta del automovilismo.

En varias ocasiones he observado que los automovilistas sentían *alteraciones cardíacas con dolores torácicos* cuando se ponían en marcha después de una *comida muy copiosa ó muy poco higiénica*. Una inhibición de la digestión gástrica y los reflejos gastro-cardíacos, exagerados por la trepidación, la corriente de aire y la tensión nerviosa de la dirección, pueden explicar perfectamente dichas alteraciones. Yo me he preguntado si ciertos accidentes no podrían explicarse por este género de inhibición gastro-cerebro-cardíaca. Para las personas que padecen un *estado varicoso* muy acentuado de los miembros inferiores, hay inconvenientes en que pasen días enteros en un auto, donde están con las piernas inmovilizadas en flexión; á los *hemorroidarios* tampoco les sienta bien. Entre los estados patológicos del *tubo digestivo*, benefician del auto los siguientes: la *anorexia*, las *dispepsias atónicas* y *flatulentas* y ciertas *gastralgias de orden neuropático*. Desde luego le contraindican las *gastritis ulcerosas* que han determinado hematemesis, lo propio que, de entre las *enteropatías*, las que pueden tener tendencia á la hemorragia ó que se acompañan de diarrea ó de dolores á la palpación y que aumentan con la marcha. Algunos *extreñidos* me han manifestado que sus deposiciones eran más fáciles y regulares cuando ejercían el auto. Entre las numerosas *colopatías mucomembranosas* que hemos de tratar, hay algunas que, por fuera de las crisis dolorosas, benefician del auto, el cual les

proporciona distracción al aire libre. Las *litiasis hepática*, *renal* y *vesical recientes*, acompañadas de fenómenos de inflamación ó de congestión, las cistitis, las prostatitis y las tuberculosis génito-urinarias, son agravadas por la trepidación del auto. Entre los *albuminúricos* se puede permitir á los que no tienen accesos congestivos del riñón. La misma distinción hago á propósito de las *afecciones genitales de la mujer*; pero siempre aconsejo la abstención durante el período menstrual.

En el grupo de las enfermedades de la nutrición admiran las grandes ventajas que proporciona el auto. De un modo general se obtiene un aumento de las combustiones por la ventilación más intensa del aparato respiratorio y por la acción ejercida sobre el sistema nervioso por la ducha de aire largo tiempo prolongada. Los gotosos y los otros artríticos, en particular los diabéticos en su período florido, me ha parecido que han obtenido grandes ventajas del automovilismo. Respecto del *aparato locomotor* sólo señalaré las precauciones que han de tomar ciertos *reumáticos*, que deben evitar con cuidado los enfriamientos, pero no dejaré de señalar, desde el punto de vista de la higiene general, la tendencia creciente y bastante natural de muchos automovilistas á abstenerse de caminar, lo cual representa un inconveniente serio, especialmente para los *obesos*, si no se compensa la inmovilidad de las horas pasadas en auto por una suma suficiente de ejercicios físicos activos. En cuanto á la influencia sobre el *sistema nervioso*, puede asegurarse que es considerable y puede, en consecuencia, ser útil ó nocivo, según el estado particular del individuo. Según mis investigaciones personales, los *neurasténicos* y los *psicasténicos* obtienen en general buen resultado; pero me parece, salvo error, que los efectos complexos del automovilismo difieren enormemente, según que se trate del conductor ó del que se deja conducir. Por lo tanto, si podemos lógicamente aconsejar el automovilismo á los que tienen necesidad de olvidar y reposo del espíritu, no debe perderse de vista que existe una numerosa categoría de excitados de los que se llaman «cerebrales», que son incapaces de usar con moderación todo lo que puede procurarles una variedad de embriaguez y que en ciertos casos se convierten en un peligro público. Para ser completo, es necesario decir algunas palabras acerca de la influencia nociva que pueden ejercer en la higiene pública las nubes de polvo levantadas en los pueblecitos y en los campos por el número creciente de los autos sobre las carreteras no embreadas aún, polvo capaz de diseminar los microbios patógenos y al cual no pueden escapar ni aun en los bosques, en otras épocas apacibles, los infortunados ó no muy afortunados peatones, obligados además á respirar los gases mal olientes de los autos que queman mal.

(*Bull. Méd.*, núm. 81). — CODINA CASTELLVÍ.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LÓNDRES

Sesión del día 8 de Octubre de 1906 (1).

Tumor uterino intraligamentoso. — El Dr. *Eden* refirió el caso siguiente, observado en unión del Dr. Lionel Provis: La enferma, de cincuenta y cinco años, soltera, ingresó en el hospital quejándose de tumefacción del abdomen y de flujo rectal mucoide. La menstruación cesó á los cuarenta y ocho años. Durante once meses tuvo una úlcera en la pierna izquierda. La tumefacción del abdomen apareció en 1898 y últimamente aumentó con rapidez de volumen. Al reconocerla se descubrió en la cavidad abdominal un tumor voluminoso, de consistencia elástica, que se extendía casi hasta el apéndice xifoides, de superficie lisa y en el que podía apreciarse el estremecimiento catario. Al tacto vaginal se encontró el cuello uterino dislocado hacia arriba y oculto debajo de la sínfisis del pubis; en el fondo vaginal izquierdo y en el seno de Douglas, una tumefacción dura y de contorno redondo. Fué imposible precisar la posición del útero. Se diagnosticó quiste ovárico multilocular, con porción semisólida en el seno de Douglas.

El 14 de febrero se practicó la celiotomía. El tumor era un fibromioma del útero que se extendía hasta el ligamento ancho izquierdo y elevaba bastante el peritoneo de la pared pelviana lateral izquierda y las paredes del abdomen. El tumor y el útero fueron extirpados, practicándose la histerectomía parcial. Durante ocho días la enferma mejoró; pero al noveno la temperatura se elevó á 38°, el número de pulsaciones á 116 y el de movimientos respiratorios á 33. En el vértice del corazón se oía un ruído de roce pericardíaco. A los dos días este ruído había desaparecido y la enferma empezó á mejorar, hallándose convaleciente veintiseis días después de operada. Al día siguiente empeoró de pronto, tuvo vómitos y la temperatura se elevó casi á 40° centígrados. Cuarenta y ocho horas después los vómitos cesaron, pero la enferma quedó postrada en el lecho, su temperatura matinal era de 38° y por las tardes se hacía casi normal. Permaneció en este estado una semana, durante la cual tuvo varios ataques de coma, en uno de los cuales la temperatura se elevó á 42°, y se oyó en la punta del corazón un ruído sistólico fuerte; los ruídos cardíacos eran antes claros. Algunos días después perdió de repente el conocimiento y quedó hemiplégica, muriendo al otro día. Fué imposible hacer la autopsia.

La causa inmediata de la muerte fué, al parecer, una hemorragia ó una embolia cerebral; pero es difícil relacionarla con la operación. Quizá la úlcera de la pierna izquierda produjera una endocarditis ulcerosa y ésta, secundariamente, la embolia cerebral. El tumor pesaba más de 12 kilos, y es uno de los mayores de su género que se citan. Estaba adherido á la parte inferior del borde lateral del útero por un pedículo de 25 milímetros de grueso. El útero medía 50 milímetros. La superficie cortada del tumor demostró se trataba de un fibroma quístico voluminoso en vías de degenera-

(1) Primera del curso académico actual.

ción, diagnóstico que confirmó el examen histológico. Lo extenso de la degeneración quística se explica, probablemente, por el aumento rápido de volumen.

Tuberculosis primitiva del cuello uterino. — El Dr. *Eric Young* narró el caso de una mujer de veintiseis años, sin antecedentes patológicos, madre de tres hijos, el menor de dos años y medio, todos los cuales disfrutan excelente salud. Hace seis meses su menstruación, que había sido siempre regular, se transtornó, perdiendo más sangre que de costumbre y, por último, hace cinco semanas se presentó un flujo vaginal amarillo y fétido, notando á la vez la enferma dolor persistente en la parte inferior del abdomen y en la región sacra.

Esta mujer es nerviosa y excitable. Sus pulmones están sanos y los esputos no contienen bacilos. Practicando la palpación profunda sentía la enferma algo de dolor en las regiones hipogástrica é ilíaca izquierda. No había infarto de los ganglios inguinales. El cuello uterino estaba endurecido y muy aumentado de volumen; su superficie era desigual, ulcerada en unos puntos y nodulosa y papulosa en otros, pero no friable. El útero era perfectamente movible.

La naturaleza sospechosa de la enfermedad obligó á practicar la histerectomía vaginal. En la actualidad, seis meses después de la operación, esta mujer se encuentra en perfecto estado. La afección no se ha reproducido.

La lesión puede considerarse, indudablemente, como tuberculosis primitiva del cuello uterino.

El Dr. *Routh* dijo que este hecho y otros análogos obligarán á los ginecólogos á modificar su opinión respecto á la frecuencia relativa de la tuberculosis primitiva de la trompa de Falopio, comparada con la del cuello uterino.

El Dr. *Heywood Smith* manifestó que quizá se tratara de un caso de hiperplasia areolar del cuello del útero.

El Dr. *Lewers* indicó que este caso se asemeja, por ciertos caracteres, á otro que presentó hace varios años á la Sociedad. En este caso la tuberculosis estaba limitada exclusivamente al cuello uterino. Los casos de este género son rarísimos. La histerectomía vaginal es el mejor tratamiento. Mi enferma se encuentra bien desde hace varios años que fué operada.

El Dr. *Galabin* dijo que es muy difícil distinguir en algunos años el tubérculo del cuello uterino del cáncer. El diagnóstico es más difícil cuando el tubérculo va acompañado de hemorragia. Ha observado un caso de este género en el que estaba afectado todo el cuerpo del útero. Se practicó la histerectomía con éxito completo.

El Dr. *Russell Andrews* manifestó que había observado un caso de úlcera del cuello uterino que se asemejaba por unos caracteres al tubérculo y por otros al cáncer y que resultó ser sifilítica.

(*British Med. Journal*). — F. Toledo.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA AMERICANA

31.ª sesión anual celebrada en Hot Springs el 22, 23 y 24 de Mayo de 1906.

Trombosis y embolia consecutivas á las operaciones abdominales. — El doctor *J. Taber Johnson* dijo que tanto la trombosis como la embolia son frecuentes después de la histerectomía supravaginal por miomas. Se han observado, no obstante, después de otras operaciones abdominales, en particular á consecuencia de la suspensión del útero. Son más comunes en la vena femoral izquierda, si bien pueden afectarse sucesivamente la de uno y otro lado. Los síntomas no se presentan en ciertos casos hasta dos ó tres semanas después de practicada la operación. Existen varias causas, incluso la infección preexistente y el traumatismo de los vasos inferido al operar. No hay, sin embargo, causas esenciales, y hasta no pueden, al parecer, tener relación alguna con el acto operatorio. La tromboflebitis es la complicación primitiva. Rara vez son seguidas de supuración, y la curación, aunque lenta á veces, es el resultado ordinario. La embolia es una de las consecuencias posible. Puede ser pulmonar, cardíaca ó cerebral y producir la muerte fulminante. La posibilidad de esta complicación bastante después de operadas las enfermas, obliga, cuando están débiles, á no permitirlas levantarse en mucho tiempo.

Embolia post operatoria. — El Dr. *E. Boise* manifestó que esta complicación se observa las más de las veces en la arteria pulmonar y sus ramas. La sangre normal no se coagula en un vaso sano, y un émbolo presupone un trombo, del que se ha desprendido. Para la formación de un trombo se necesita fibrinógeno y sales de calcio, que existen en estado normal en la sangre, y un nucleoprotéido, que jamás existe en la sangre normal, sino que se forma de las plaquetas y leucocitos degenerados. La anemía, la clorosis, la sepsis, el exceso de sales de calcio, la lentitud de la corriente sanguínea, el traumatismo, la inflamación de las paredes vasculares, la compresión y otras varias causas pueden contribuir á la formación de trombos; las operaciones ponen en juego algunas de estas causas. Los fibroides, por ejemplo, cuya extirpación es seguida muchas veces de trombosis y de embolia, puede decirse que predisponen á estas complicaciones á causa de su coincidencia frecuente con un exceso de sales de calcio en la sangre, la degeneración del miocardio, las contracciones imperfectas consiguientes, la lentitud de la circulación y la tendencia á los coágulos intracardíacos. Estos últimos se han observado á menudo en las cavidades cardíacas derechas, y son seguidos de embolia pulmonar mortal. Los signos de la trombosis son debilidad del pulso y aumento del número de pulsaciones y de la temperatura. Los medios profilácticos contra la coagulabilidad anormal de la sangre son el alcohol y el ácido cítrico administrados en abundancia, la supresión de la leche y la prevención de la hemorragia al operar; conviene también evitar cuando se practica la operación los movimientos y la excitación. Contra la embolia pulmonar debe administrarse en abundancia el oxígeno.

El Dr. *Currier* condenó la costumbre que tienen algunos cirujanos de permitir levantarse á las enfermas á los dos ó tres días de operadas y de dar-

las de alta antes de curar la herida. Si se ha formado ya un trombo, es fácil comprender que sobrevenga la embolia por no guardarse la quietud necesaria después de un trastorno tan grande del equilibrio físico.

El Dr. *Watkins* cree que la trombosis es una prueba de infección y que no suele producirse en las enfermedades no infecciosas. Las bacterias, según sabemos, pueden penetrar en los tejidos intactos; no es necesario, por lo tanto, para su entrada en ellos, que estén lesionados.

El Dr. *Baldy* dijo que hay predisposición á la trombosis en las operaciones por mioma, y también, aunque en menor grado, en las que se practican por afecciones inflamatorias. Aunque no cree conveniente dejar que las enfermas se levanten poco después de la operación, no ha observado que la trombosis sea mucho más común en las que se levantan á poco de operadas.

El Dr. *Clark* cree que existen varias clases de trombosis, por ejemplo, el traumatismo de los vasos, la discrasia sanguínea, la hemorragia, etc. No considera la sepsis como una de las causas frecuentes y en muchos casos no es posible descubrirla.

El Dr. *Duhrssen* manifestó que estaba de acuerdo con los que consideran la discrasia sanguínea como una causa de trombosis, pero no con los que la atribuyen á la sepsis. No es partidario de que las enfermas se levanten á los dos ó tres días de operadas.

El Dr. *Edebohls* dijo que había observado diez casos de trombosis principalmente después de operaciones sobre el riñón; esto prueba que dicha complicación se observa después de otras intervenciones operatorias que las que se practican sobre los órganos pelvianos y los genitales. No considera la sepsis como una causa de trombosis, ni los casos que ha observado pueden atribuirse á levantarse muy pronto después de la operación.

El Dr. *Newman* consideró como causas de la trombosis la susceptibilidad del enfermo al traumatismo y el estado de la sangre. La infección en estos casos es un término relativo y cree que la trombosis puede sobrevenir después de una operación completamente aséptica.

Dilatación artificial del cuello uterino. Indicaciones y método.—El Dr. *G. T. Harrison* dijo que la dilatación artificial del cuello del útero se halla indicada en los estados morbosos locales, incluso la inflamación crónica, la induración sifilítica, el carcinoma, la hipertrofia, la eclampsia, el prolapso del cordón umbilical, la placenta previa parcial, cuando el feto está muerto y hay hiperemia incipiente, etc. Debe practicarse también en las presentaciones viciosas y en la separación prematura de la placenta con hemorragia oculta. Respecto á los métodos de dilatación, los manuales son útiles cuando se practican de buena manera. No debe recurrirse al de Hicks, excepto cuando el orificio uterino es lo suficientemente dilatable para permitir la introducción de la mano. Los dilatadores hidrostáticos son de ordinario eficaces; el conducto cervical suele desgarrarse con todo método de dilatación. El metreurinter es un instrumento muy útil, pero ineficaz en ciertos casos. El dilatador de Bossi tiene el inconveniente de obrar de una manera antifisiológica y suele producir desgarros si, al ser introducido, no existe ya cierto grado de dilatación del cuello. La misma objeción puede hacerse al de rris. Es imposible decir de antemano, en un caso dado, hasta qué punto

puede dilatarse el conducto cervical sin desgarrarle. La operación césarea vaginal es un recurso eficacísimo cuando está indicado el parto rápido.

Dilatación del útero durante el parto. — El Dr. *P. A. Harris* dijo que desde hace veintidós años emplea la dilatación del útero parturiente con la mano ó con un instrumento de su invención. El método lo describió por vez primera en el *Congreso Médico Pan-Americano* de 1893. Su método permite ejercer sobre el útero un esfuerzo tónico mayor que con todo otro método manual y con menos fatiga para el operador. La fuerza dilatadora es ejercida por los músculos flexores de los dedos y manos. No debe practicarse la dilatación forzada cuando existe en el cuello del útero cáncer ó tejido cicatrizal consecutivo á un parto anterior ó á una operación practicada sobre esta parte de la matriz. El tiempo medio para dilatar sin peligro el conducto cervical hasta que adquiera un diámetro de 27 á 30 centímetros es de cuarenta y cinco minutos. Si el cuello no está borrado se necesita hora y media. La mano, como agente dilatador, no es siempre muy conveniente, porque el tiempo necesario para conseguir la dilatación es muy largo y expone á la introducción de substancias sépticas en la vagina y en el útero. El instrumento que emplea se introduce con facilidad y dilata todo conducto cervical dilatable. Está provisto de un dinamómetro que registra con seguridad la presión que se ejerce, é indica si el anillo cervical se dilata. Empleándolo de buena manera es imposible producir un desgarro.

Ventajas de la dilatación manual del útero grávido ó parturiente. — El doctor *J. C. Edgar* dijo que ningún método de dilatación manual puede suplantar por completo al instrumental y á la incisión, aunque ésta rara vez es necesaria. Los métodos de dilatación que se emplean hoy comprenden el tapón vaginal y uterino, los dilatadores duros é hidrostáticos, las incisiones del cuello superficiales y profundas y la operación césarea vaginal. Todos ellos son aplicables á casos especiales. La dilatación por las bolsas hidrostáticas, por los dedos de una ó de las dos manos y por los instrumentos de acero compuestos de varias ramas, son casi siempre preferibles á las incisiones. El mejor método de dilatación es el que más imita á la Naturaleza. Los dedos de las dos manos son preferibles á los de una sola para practicar la dilatación, y puede completarse con el instrumento de Bossi. La operación césarea vaginal es defectuosa porque no permite la dilatación de la vagina. El Dr. Edgar prefiere la dilatación bimanual á todos los demás métodos. Puede continuarse cuando ha sido extraída ya una parte del feto.

Dilatación ó incisión del útero grávido. — El Dr. *Grandin* dijo que las incisiones no deben hacerse cuando es posible esperar. La dilatación está indicada en la estrechez pelviana, en la toxemia inminente y en la mayor parte de los casos de placenta previa. La incisión lo está en la toxemia aguda y en los casos urgentes de placenta previa. La incisión abdominal se halla indicada en la estrechez pelviana cuando no hay seguridad de que pueda terminar el parto por dilatación ó incisión vaginal. Es preferible una mano práctica al dilatador de Bossi. La operación césarea vaginal es preferible á la incisión cervical en los pocos casos en que son necesarias una ú otra.

Operación cesárea vaginal. — El Dr. *Dührssen* dijo que describió por vez primera esta operación en 1895. Se hace primero una incisión vaginoperineal, cuando es necesario, y después se incinden las paredes anterior y

posterior del conducto cervical, comprendiendo en las incisiones el orificio interno. Después, según las indicaciones, se extrae el feto por versión ó con el forceps. La operación está indicada en los casos en que el conducto cervical es inextensible, pero se necesita cierta habilidad por parte del operador. El obstáculo al parto en estos casos es absoluto ó relativo. La operación se halla indicada en la eclampsia, porque ésta es debida á una intoxicación y conviene intervenir con rapidez. La placenta previa es también una indicación. La operación no va acompañada de hemorragia excesiva. Las incisiones cervicales pueden emplearse en vez de la operación cesárea en los casos poco urgentes. Cuando la mujer ha muerto, la operación cesárea vaginal permite salvar la vida del feto. El método de dilatación de Bossi es peligroso, porque predispone á desgarros fatales y á la infección. Con la operación cesárea vaginal se consigue casi siempre salvar la vida de la madre y del hijo, y está recomendada en los casos de estrechez pelviana ligera.

El Dr. *Reamy* cree que la dilatación manual del conducto cervical es eficacísima empleando los dedos en forma de cuña. Aconseja este método desde 1872.

El Dr. *Fry* prefiere la dilatación bimanual y rechaza el uso de los instrumentos de tipo idéntico al de Bossi. La operación cesárea vaginal es el mejor procedimiento operatorio si hay necesidad de terminar el parto con rapidez, como ocurre en la eclampsia y en ciertos casos de placenta previa, cuando es inaplicable, por cualquier causa, el método de Braxton Hicks.

El Dr. *Gordon* dijo que se necesita más habilidad para la operación cesárea vaginal que para la abdominal, y que en la primera hay también probabilidades de que la hemorragia sea abundante.

El Dr. *Davis* manifestó que los métodos de dilatación lenta son convenientes en ciertos casos, por ejemplo, cuando hay retención de la placenta ó del feto muerto. Las dimensiones de la vagina deben ser tenidas en cuenta. La sangría, el taponamiento, etc., son medios auxiliares de la dilatación lenta. No es partidario del uso del dilatador Bossi en la placenta previa, y la presión por las bolsas hidrostáticas no es siempre favorable. La dilatación manual debe aplicarse de acuerdo con las condiciones en un caso dado. No cree que la operación cesárea vaginal tenga ventaja alguna sobre la abdominal.

El Dr. *Norris* dijo que el tratamiento debe variar en cada caso según las condiciones de la enferma. La eclampsia, según cree, no exige siempre la dilatación rápida. Es preciso también tener presente, respecto á la operación cesárea, que la mortalidad puede ser elevada en cada variedad. La placenta previa, aunque vaya acompañada de rigidez del cuello y de hemorragia profusa, puede ser tratada eficazmente por otros medios, además de la operación cesárea vaginal. Una de las indicaciones más claras de esta operación es la hemorragia accidental con falta de dilatación del cuello. Puede emplearse el instrumento de Bossi para la dilatación de 7 á 8 centímetros, pero para la dilatación mayor prefiere emplear bolsas, terminando el parto con la versión ó el forceps.

El Dr. *Harris* cree que con su método de dilatación bien empleado no se rompen las membranas. En ciertos casos la operación cesárea vaginal es

eficacísima. Las bolsas hidrostáticas no son convenientes á causa de la lentitud con que obran.

El Dr. *Edgar* prefiere el dilatador de Bossi al de Harris, porque éste es más complicado. Las bolsas tienen el inconveniente de poder romperse y producir traumatismos graves.

El Dr. *Dührssen* citó estadísticas para demostrar que la mortalidad de la operación cesárea abdominal es mayor que la de la vaginal. La objeción de que en la operación cesárea vaginal no se ve bien lo que se hace, es infundada siempre que se opere de buena manera, y es menos peligrosa.

Resultados de la sección vaginal y del desagüe en la gestación ectópica incipiente. — El Dr. *Ford* refirió el caso de una mujer con gestación ectópica que tuvo una hemorragia gravísima consecutiva á la sección vaginal y á la incisión del saco. La cavidad se rellenó con gasa en la primera operación, y cuando se extrajo una semana después sobrevino otra nueva hemorragia. La enferma curó. El Dr. Ford ha practicado esta operación en otros doce casos, obteniendo en todos resultados satisfactorios. Cree que está indicada lo mismo en los casos sépticos que en los no sépticos. Conviene hacer el diagnóstico precoz y extirpar el tumor antes de la ruptura del saco.

El Dr. *Henrotin* admite que este método es utilísimo en ciertos casos, pero que no conviene generalizar su uso. Jamás ha operado por la vía vaginal un caso de embarazo tubario; el peligro de hemorragia no es muy grande. Si hay seguridad de que el feto ha muerto, está permitida la incisión vaginal.

El Dr. *Watkins* cree que la incisión y el desagüe está permitido cuando sólo hay hematocele pelviano, pero no si existe un saco intacto. El método aconsejado por el Dr. Ford es peligroso por exponer á la hemorragia y á la sepsis.

El Dr. *Stone* piensa que es peligroso rellenar la cavidad con gasa, porque no se sabe qué hay detrás.

El Dr. *Mann* manifestó que el método operatorio descrito expone á hemorragias, que pueden ser incoercibles. Rara vez conviene incindir á través de la vagina un saco de gestación ectópica.

El Dr. *Goffe* cree que las objeciones que se han hecho deben aplicarse á la incisión á través del seno de Douglas, pero no á la que se practica á través de la bóveda vaginal anterior. El problema que necesita resolverse es si el caso de que se trata es ó no adecuado para el tratamiento vaginal. Si el embarazo cuenta menos de tres meses, conviene atacarle por la vagina. Así es posible emplear el método conservador sobre los órganos pelvianos.

El Dr. *Noble* acostumbra á tratar el hematocele por la incisión á través de la parte posterior de la bóveda vaginal posterior, pero cree que las más de las veces es necesaria una operación abdominal complementaria. La mortalidad es así casi nula. Los casos fatales de operación por embarazo tubario suelen ser los que se tratan de mala manera. Por el método vaginal es preciso generalmente sacrificar todos los órganos genitales pelvianos.

El Dr. *Dührssen* concuerda con el Dr. Noble en la conveniencia de practicar la incisión en la parte posterior de la bóveda vaginal en el hematocele, reservando hacerla en la anterior en otras afecciones. Por este método, la trompa enferma puede ser extirpada fácilmente y sin peligro de he-

morragia. Cuando el embarazo data de dos meses y medio, es preferible la vía abdominal. Cree que en ningún caso debe tenerse en cuenta la vida del huevo; estos casos exigen el tratamiento radical, lo mismo que si se tratara de una afección maligna. Si el diagnóstico es dudoso, debe practicarse una incisión vaginal para esclarecerlo.

El Dr. *Newman* no cree que debe condenarse en absoluto el tratamiento del embarazo tubario por el método vaginal, porque en ciertos casos es conveniente.

El Dr. *Ford* dijo que el método aconsejado es también útil en el hematocele infeccioso. La mayor parte de los casos tratados eran de embarazos tubarios de fecha reciente. El taponamiento con gasa y el desagüe pueden producir la infección, pero el hecho importante es que todas sus enfermas han curado.

Acortamiento de los ligamentos redondos en los conductos inguinales á través de una simple incisión suprapubiana, transversal ó longitudinal media.—El doctor *Peterson* dijo que la operación de Alexander es satisfactoria en la mayor parte de los casos. Rara vez ha visto que produzca dolor en la vejiga y jamás ha observado distocia consecutiva. Tiene la desventaja de ser eficaz sólo cuando el útero es movible, y como el diagnóstico de las adherencias uterinas suele ser prácticamente imposible, se desconocen las dificultades que pueden sobrevenir al practicar una operación que se supone ha de ser sencilla. En ciertos casos es seguida de dolor y molestia, y á causa de las dos incisiones, hay una doble probabilidad de supuración. Estos inconvenientes se salvan operando á través de una incisión abdominal, transversal ó media de 75 milímetros de longitud, merced á la cual se abre el abdomen y se acortan los ligamentos en los conductos inguinales, donde quedan fácilmente al descubierto. Al abrir el abdomen se procurará no abrir la vejiga. Una vez abierto el abdomen deben examinarse los apéndices uterinos, operándoles si es necesario. Es preciso también poner al descubierto y proteger el nervio ileoinguinal, y que un ayudante rechace hacia atrás el cuello uterino con un dedo introducido en la vagina, para evitar la retroversión que resulta á veces de la tensión exagerada sobre los ligamentos redondos.

Se forma un lazo con el ligamento en el conducto, se le sutura con catgut y la incisión abdominal se cierra por medio de suturas para evitar la acumulación de serosidad en la herida.

El Dr. *Edebohls* dijo que nada hay tan eficaz como la operación de Alexander en los casos de retroversión no complicada y, hasta en muchos, complicada. Ha hecho uso con frecuencia de una incisión transversa semicircular, en vez de recta; el colgajo lo diseca hacia arriba. Cree que la incisión media de la aponeurosis es el punto débil de la operación propuesta por el Dr. Peterson. Introduciendo el dedo en el anillo externo, puede seguírsele hasta el útero y apreciar el estado de éste. En la operación de Alexander no hay peligro de que sobrevenga la supuración, siempre que se practique de buena manera.

El Dr. *Watkins* prefiere la incisión media longitudinal para el acortamiento de los ligamentos redondos, porque permite apreciar el estado de los órganos pelvianos. Prefiere también no desprender el ligamento de su

peritoneo porque así se debilita. Si hay prolapso del útero se corrige á la vez que la retroflexión.

El Dr. *Gordon* manifestó que ha abandonado la operación de Alexander. Alexander mismo le ha dicho que prefiere la operación de Gilliam, en la que se practica una incisión longitudinal y se forman con los ligamentos lazos.

El Dr. *Newman* dijo que prefiere la operación descrita por Bennett, de Chicago, en la que se practica una incisión media longitudinal y los ligamentos se dirigen hacia arriba y fijan en la línea media.

El Dr. *Noble* indicó que no es propio comparar la operación de Alexander con aquellas otras útiles en los casos en que existen complicaciones. Cree conveniente emplear cualquier variedad de operación siempre que esté indicada.

El Dr. *Mann* prefiere la operación de Alexander en los casos no complicados, pero si hay adherencias abre el seno de Douglas, rompe las adherencias y practica después la operación de Alexander.

El Dr. *Dührssen* dijo que los procedimientos de Peterson son idénticos á los aconsejados en Alemania por Küstner y Pfannenstiel, aunque este último recomienda hacer una incisión sólo á través de la aponeurosis. Prefiere hacer una incisión vaginal anterior, gracias á la cual puede tratar, si es necesario, cualquier estado que exista además de la retroflexión.

Decapsulación renal. — El Dr. *Edebohls* refirió el caso de una mujer á la que operó poco después de haber principiado el parto. La enferma se encontraba cloroformizada y en colapso. Los riñones, que eran gruesos, como son en la enfermedad de Bright, fueron sometidos á la decapsulación. Antes de la operación la enferma tuvo varias convulsiones, una mientras era operada y dos después. Recobró el conocimiento á las veinticuatro horas, notando incontinencia de orina y de excrementos que persistió cuatro días. Veintitrés días después se encontraba completamente curada. En la actualidad, un año después de la operación, se encuentra bien y en el octavo mes de un nuevo embarazo. Este y otros casos análogos prueban que el parto forzado no es el único recurso que puede emplearse en la eclampsia. Cuando se presenta ésta en los primeros meses del embarazo, se obtienen resultados excelentes con la decapsulación renal. Ha operado cuatro casos de este género con éxito para las madres.

El Dr. *Edgar* manifestó que merece tenerse en cuenta todo lo referente al tratamiento de la eclampsia, cuya patogenia es tan obscura. Hoy se reconocen dos tipos clínicos de eclampsia propios del embarazo, el hepático y el nefrítico. La mortalidad en el primero es próximamente de 100 por 100; en el segundo es algo menor. La mortalidad es más elevada en la eclampsia antipartum, menos en la intrapartum y menos en la postpartum. Zweifel ha demostrado por medio de estadísticas que cuanto más grave es la intervención durante la eclampsia más elevada es la cifra de mortalidad. Rider ha sacado idénticas conclusiones. Los mejores resultados se han obtenido vaciando lo antes posible el útero y prestando la atención necesaria al estado de los intestinos, de la piel, etc.

El Dr. *Dührssen* dijo que Zweifel cree como él que en la eclampsia están indicadas las incisiones cervicales y la operación cesárea vaginal.

Hipernefroma.—El Dr. *Bovée* dijo que los hipernefromas suelen ir acompañados de hematuria, cilindros renales y piuria. El diagnóstico es siempre dudoso. Deben distinguirse de la tuberculosis renal y de la pionefrosis. Desde que sabemos que el glucógeno es uno de los elementos químicos del tumor, su descubrimiento permite distinguir los hipernefromas de otros tumores. El pronóstico es bueno, excepto en la variedad maligna del tumor. Todos los tumores renales deben ser extirpados. La vía extraperitoneal es preferible á la transperitoneal para aproximar el tumor, porque exige menos manipulaciones y no lesiona tanto la neoplasia y los tejidos contiguos.

El Dr. *Edebohls* llamó la atención sobre la frecuencia con que se encuentra el tejido aberrante en el área suprarrenal.

El Dr. *Polk* aconsejó practicar una incisión exploradora lo antes posible en las neoplasias renales de carácter dudoso. Recomendó la incisión transversal como la más útil para aproximar el riñón.

El Dr. *Bovée* dijo que muchos tumores que se creía antes procedían del tejido del riñón, se sabe hoy que proceden de islotes del tejido suprarrenal incluídos en este órgano. Estos depósitos de tejido renal son comunes en las vías génito-urinarias y, aunque benignos, pueden experimentar la degeneración maligna, por cuya razón conviene extirparlos en cuanto producen síntomas.—(*New York Med. Journal*).—F. Toledo.

PERIÓDICOS

Conducta que debe observarse en las contusiones abdominales.—En las contusiones del abdomen el traumatismo puede parecer benigno, y sin embargo existir una lesión visceral. El práctico, dice el Dr. V. Pauchet, debe saber en estos casos:

1.° Que puede haber un desgarro del hígado, del bazo, de un vaso mesentérico, ó ruptura ó mortificación del estómago ó del intestino, lesiones casi siempre mortales.

2.° Que estas lesiones exigen la intervención inmediata. El enfermo puede morir en pocas horas por hemorragia interna, ó en tres ó cuatro días por peritonitis.

3.° Si la peritonitis se anuncia por vómitos, meteorismo, frecuencia del pulso (cuando se espera treinta y seis horas), la intervención quirúrgica rara vez es eficaz.

Es preciso diagnosticar lo antes posible la lesión visceral segura ó probable, y prepararlo todo para intervenir, reanimando en tanto al enfermo por una inyección de cafeína, calmando su angustia con la morfina y vigilando el pulso. Si á las dos ó tres horas el colapso ha desaparecido y el vientre flexible se deja palpar sin reaccionar, si la facies es buena y el pulso lleno y lento, es inútil intervenir. En cambio debe operarse en las cinco ó seis primeras horas, si se observa *uno solo* de los síntomas siguientes:

A. *Defensa muscular.* — Palpar el vientre con precaución y suavidad. El abdomen se contrae, se defiende y se pone duro á la presión.

B. *Pequeñez y frecuencia del pulso.* — Si el pulso se hace más blando, si se acelera, es prueba de que existe una hemorragia interna ó una contusión grave del intestino.

C. *Meteorismo.* — No debe esperarse al abombamiento que anuncia, cuarenta y ocho horas después, la peritonitis, sino á que se inicie la tendencia á él. No hay más que diferencia de grado con el estado normal, y esto basta para temer una lesión grave.

D. *Macicez ilíaca.* — Si al percutir superficialmente se nota macicez ó submacicez en una de las fosas ilíacas, es prueba de que existe una hemorragia.

E. *Sonido claro prehepático.* — Limítese con cuidado la zona normal del hígado y percútase ligeramente sobre ella. Si el sonido macizo normal ha disminuído ó desaparecido el intestino está roto y se han repartido por la serosa del abdomen algunos gases.

F. *Anuria.*—La orina puede estar suprimida ó disminuída. Este fenómeno se halla en relación con el descenso de la tensión arterial que corrobora el estado del pulso.

G. *Facies.* — El enfermo conserva la facies que el colapso produce poco después del accidente; cara pálida, sudores fríos, respiración corta, mirada angustiosa. Todos estos síntomas indican una lesión visceral susceptible de matar por infección ó por hemorragia.

De todos estos síntomas el más fácil de descubrir y el más importante es la contractura defensiva de la pared del abdomen. Cada vez que se observa después de una contusión ó herida abdominal, debe practicarse la laparotomía de urgencia, para obtener la hemostasia ó suturar el intestino ó el estómago lesionados. — (*La Clinique*, 20 junio 1906). — F. Toledo.

La alimentación insuficiente en los dispépticos y en los nerviosos. — Según los Dres. Mathieu y C. Roux, los sujetos neuropáticos disminuyen su ración alimenticia á poco que sientan molestias digestivas, con lo cual se debilita su organismo, y á su vez se agrava de nuevo su estado general, perdiendo el apetito, el sueño, etc. Sobreviene con esto un estado de inanición relativa. La prueba de que la ingestión de alimentos es insuficiente, nos la da no sólo la demacración general, sino también la disminución de volumen que se observa en el hígado.

En algunos de estos enfermos está muy debilitada la sensación del hambre; en otros está tan exagerada que hasta constituye una verdadera mortificación, y sin embargo de esto, tan pronto como tragan un bocado ó un par de sorbos, se calma el hambre y se presenta una sensación muy molesta de saciedad y de plenitud. Hay casos en que es dolorosa la sensación del hambre, siendo entonces frecuente que desaparezca con rapidez para ser reemplazada por una constricción ó un espasmo igualmente dolorosos. En todos estos casos el resultado final es el mismo: los enfermos reducen su alimentación, y con esta conducta, lejos de mejorar, no hacen más que empeorar y agravarse.

Otras consecuencias de la inanición son la atonía gástrica y la lengua

blanca y cargada. Con un régimen alimenticio bien dirigido, combinado si es preciso con el reposo, se limpia la lengua y se consigue que la capa muscular del estómago recobre su tono. La alimentación insuficiente había agravado el estado nervioso.

Los autores establecen diferencia entre la simple neurastenia, el histerismo, la degeneración hereditaria y las ideas fijas; en estos últimos casos, al revés de lo que sucede en los de neurastenia y de histerismo, son mucho menores las probabilidades de alcanzar un buen resultado.

(*Archiv. für Verdaugsrkankheiten*).—R. DEL VALLE.

El alcohol en uso tópico. —El Dr. Raphael ha empleado con éxito el alcohol en varios procesos infecciosos. Utiliza las aplicaciones tópicas de alcohol de 90 á 95°, que aplica por medio de una torta de algodón que cubre con hule de seda para evitar la evaporación. Ha tratado de este modo ocho casos de apendicitis, perdiendo sólo un enfermo. Los dolores desaparecieron con rapidez, modificándose de un modo notable los síntomas de toxemia. Cuando se observa irritación de la piel se suspende el uso tópico del alcohol, aplicando en su lugar salicilato de bismuto. Los flemones, los panadizos, curan así con rapidez y hasta se observa la regresión de las adenopatías cervicales extensas. Los naevus cutáneos se transforman con este tratamiento en un tejido cicatrizal de coloración normal. En los casos de retención placentaria y de fiebre puerperal dan resultados excelentes los lavatorios intrauterinos con alcohol al 45 ó 50 por 100. Se inyectan poco á poco en la cavidad uterina 200 á 300 cent. cúb. de esta mezcla. Si es bien tolerada puede emplearse para las inyecciones alcohol de 90°; en este caso se protegen los órganos genitales externos untándolos con vaselina. Después del lavatorio se introduce y deja aplicado en la vagina un tapón empapado en alcohol. El Dr. Raphael ha empleado tópicamente el alcohol en dos tíficos con peritonitis por perforación. Los dos enfermos curaron. Este tratamiento está contraindicado en los niños porque la inhalación de vapores alcohólicos puede producir trastornos graves.

(*Rev. de ther. medico-chirurgicale*, 1.° octubre 1906).— F. TOLEDO.

Importancia clínica del grado de viscosidad de la sangre.—De las investigaciones hechas por el Dr. J. Bence por medio del aparato de Hirsch y Beck en enfermos cianóticos, resulta que la sangre de estos enfermos tiene un grado de viscosidad superior al normal en un 25 á un 52 por 100. Este aumento de viscosidad implica una mayor resistencia en la circulación de la sangre, y mayor trabajo para el corazón. Con las inhalaciones de oxígeno se consigue disminuir dicho exceso de viscosidad, tanto que en algunos casos recobra su grado normal.

(*Zeitschrift für klin. Medizin*). — R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

RIÑÓN MÓVIL

BREVES CONSIDERACIONES SOBRE SU PATOGENIA Y TRATAMIENTO DEDUCIDAS DE 31 OBSERVACIONES

POR EL DOCTOR

D. MANUEL BARRAGÁN Y BONET

Especialista en enfermedades de las vías urinarias.

En el número 748 de esta REVISTA, correspondiente al 21 de junio de 1902, nos ocupamos de una enferma que ingresó en el Hospital de la Princesa en diciembre de 1901, con síntomas tan alarmantes de orden abdominal y de tal significación clínica, que nos obligó á practicar la laparotomía á las pocas horas de ingresar la enferma en el establecimiento, creyendo que se trataba de una apendicitis. Resultó un riñón hidronefrósico situado en el flanco derecho abdominal, precisamente en la línea transversa que une el ombligo con la espina ilíaca anterior y superior. Se trataba, por tanto, de un riñón flotante con hidronefrosis intermitente, cuya presencia en plena región apendicular, síntomas peritoníticos y generales, simulaban perfectamente el cuadro clínico de una apendicitis de repetición (1).

En aquel artículo sólo nos ocupamos del historial de la enferma —para sincerarnos del error cometido—y de las causas que generan la hidronefrosis intermitente; ofreciendo al terminar, dar cuenta más tarde del tratamiento médico—fajas contentivas—y del quirúrgico de la movilidad anormal del riñón—nefropepsia, nefrotomía, ureteroplastia—.

Con deliberado propósito aplazamos lo ofrecido, porque queríamos—antes de emprender esta labor—tener suficientes hechos prác-

(1) La enferma había tenido varios ataques semejantes.

ticos basados sobre la propia experiencia; á fin de que el trabajo resultará más personal que prestado y más clínico que teórico.

Hemos de advertir, que en estos últimos años vimos más enfermas con cambios de estática renal é hicimos más fijaciones de riñón que en los dieciséis años que, dentro de lo quirúrgico, hemos venido consagrando nuestras aficiones á la especialidad de las vías urinarias; frecuencia que no extrañará si se tiene en cuenta que, actualmente, se diagnostica mejor, se busca más el riñón y acuden mayor número de enfermos á nuestras consultas; unos, con el diagnóstico hecho, otros, con el diagnóstico probable; proceder que está fundamentado en la suficiente cultura urológica de la clase médica en general, en el conocimiento, cada vez más preciso, de sus síntomas, y en los medios reglados de exploración manual: no sólo en lo que respecta á la manera de buscar el riñón, sino en lo que atañe á las apreciaciones de la sensibilidad táctil, para poder asegurar que lo que se toca ó se palpa es el riñón desprendido. Por otra parte, el conocimiento, cada vez más preciso, de los tumores del mesenterio, del intestino y del hígado, bazo y anexiales, contribuyen de una manera positiva y cierta á sentar el diagnóstico por exclusión.

***

Etiología y patogenia. — Una causa aislada no se puede considerar como capaz para explicarnos la génesis del riñón móvil, pues si excepcionalmente un factor sólo — por ejemplo, el *traumatismo* — puede producir en determinadas circunstancias el desplazamiento renal, esa misma causa, actuando en otros individuos, no puede producirlo. Tenemos, por consiguiente, que admitir en la patogenia causas *predisponentes* y causas *ocasionales*.

Excepcional el riñón móvil en personas obesas, hecho que podrá tener su explicación en el gran desarrollo de la atmósfera que lo envuelve—riñón bien cubierto—, se observa ordinariamente desde los quince años á los sesenta. Más frecuente en las mujeres que en los hombres, en una proporción que no bajará de 9 por 1, el riñón móvil se presenta casi siempre á la derecha. Los embarazos repetidos, los procesos anexiales, los cambios de estática uterina, la influencia que el período menstrual ejerce sobre la circulación renal, aumentándola, la extirpación de voluminosas neoplasias intra-abdominales y el mayor grado de movilidad renal fisiológica en la mujer, son datos bastantes para explicarnos el por qué es mucho más frecuente la nefroptosis en la mujer.

Conceden algunos autores gran importancia al uso del corsé (1). No hemos de borrar en la casuística de la ectopia renal adquirida este factor, pero sí hemos de quitarle importancia para concedérsela á los *traumatismos tanto directos como indirectos de la región lumbo-abdominal*, á cuyo factor los autores le conceden poquísima importancia, tanto que algunos ni lo mencionan, y otros, al hacerlo, indican á continuación que lo más que puede producir es una luxación, que por otra parte no deja de ser el primer grado de la topsis renal.

Las *causas predisponentes* que actúan para que la topsis renal sea casi siempre á la derecha, son de orden anatomofisiológico (2).

La hoja anterior de la fascia perirrenal en el lado izquierdo, es más resistente que en el derecho, como lo son las adherencias de la cápsula suprarrenal en el mismo lado. La vena suprarrenal derecha vierte su sangre directamente en la cava; la izquierda en la vena renal. Esta última condición da por resultado mayor sujeción en la cápsula suprarrenal izquierda y riñón correspondiente; por último, la atmósfera célulo-adiposa es más firme en la izquierda que en la derecha.

Las relaciones del riñón derecho con el hígado, las congestiones y tumefacciones de esta víscera, unida á la dilatación también muy frecuente del estómago, hace que el hígado ejerza una presión excéntrica sobre las costillas falsas, presión que encontrando una resistencia hacia arriba y hacia afuera, ha de manifestar su potencia sobre el riñón de arriba hacia abajo, haciéndole descender (Bouchard).

No hemos de discutir aquí ni la teoría de Glenard, que considera al riñón móvil como un episodio de la *enteroptosis;* ni la de Albarrán, como un *estigma de degeneración*. Los dos tienen sus razones fundamentales, por cierto no despreciables, y que deben tenerse muy en cuenta; porque no hay cosa más perniciosa tanto en medicina como en cirugía que los exclusivismos. Es cierto que el descenso renal en la mayoría de los casos es un hecho aislado, pero también lo es que en otros va acompañado de la caída ó descenso del intestino y otras vísceras abdominales; y se comprende que así sea,

(1) Acabo de leer un trabajo reciente de Tockaki, de Alejandría, en el cual dice que ha encontrado 42 casos de riñón móvil en las mujeres árabes, las cuales, como se sabe, no usan corsé, sino alguna el cinturón hipogástrico.

(2) Roskam: Le rein mobile et son traitement *(Societé medicin-chirurgicale de Liege*, 1901).

porque el riñón no se ha de excluir de la relajación general de los ligamentos viscerales. Del mismo modo también es cierto que, en algunos casos de enteroptosis, se encuentran *estigmas de degeneración* muy marcados, como hemos podido comprobar en dos de nuestras enfermas tratadas con las fajas contentivas; pero en la mayoría, por más que hemos buscado y estudiado bien los casos, no pudimos encontrar, ni en el enfermo ni en sus ascendientes, ningún estigma somático de degeneración (1).

Síntomas. — Nada más variable que los síntomas producidos por la caída del riñón. Desde aquellos casos en que el descenso renal se descubre al azar en el momento de una exploración abdominal, hasta los que provocan crisis alarmantes de verdaderos sufrimientos; hay una serie de modalidades distintas, imputables al terreno donde la enfermedad evoluciona, y á las facilidades de producirse la oclusión momentánea del ureter por acodamientos y torsiones del mismo.

Fijo, ó más bien, casi fijo normalmente el riñón á los lados de la columna vertebral, para que las vías conductoras — uréteres — cumplan con la función que les está encomendada con arreglo á las leyes biológicas é hidrodinámicas; claro es que, cuando el riñón abandona su posición normal, cuando sufre un cambio de estática, no extrañará que puedan perturbarse primero la excreción, segundo la función secretora, y más tarde, si las cosas se repiten ó continúan, el parénquima renal. Esto en lo que respecta á la secreción y excreción de la orina; además hemos de tener presente que el riñón, en su excursión abdominal, está expuesto á roces, á traumatismos, y el ureter á torsiones y acodamientos. Por otra parte, la presencia del riñón en sitios ajenos á él, ha de provocar protestas de mayor ó menor intensidad, según el órgano sorprendido. Estas molestias distintas y en relación con el órgano comprimido ó rechazado, haciéndole variar su directriz normal, constituyen los *síntomas subjetivos*, siendo el más alarmante, el más intensivo y de mayor significación clínica, *el dolor*, producido, en nuestro concepto, por la compresión del plexo solar. El va unido á las anomalías funcionales de los órganos inervados por el pneumogástrico, esplánico y frénico — disnea, corazón tumultuoso, ansiedad epigástrica, vómitos, fenómenos peritoníticos, etc. — para formar el cuadro clínico de las crisis que observamos y nos refieren estos enfermos.

(1) Tockaki, en el trabajo citado, indica que en los 42 casos de ectopia renal adquirida encontró estigmas de degeneración. Wash y Comby piensan del mismo modo que Albarrán.

Estas crisis dolorosas aisladas, no son siempre producidas por trisplanismo; en algunos casos son provocadas por un ataque de *hidronefrosis intermitente*, más frecuente en los dos primeros grados, por ser más fácil las acodaduras entre la parte fija y móvil del ureter. Estos ataques de hidronefrosis, intermitente, como lo es su causa, aparecen bruscamente con vómitos y lipotimias, el riñón se abulta y es doloroso á la más dulce presión; la secreción urinaria se suspende ó disminuye de una manera considerable, para terminar con una emisión abundante; los síntomas subjetivos desaparecen y el enfermo recobra su tranquilidad. Con los síntomas descritos y la exploración del riñón siguiendo la técnica de Guyon, Israel, Glenar, etc., haremos un diagnóstico exacto de la ectopia renal accidental.

***

Tratamiento.—Para las nefroptosis, como para las hernias, el único procedimiento radical es el quirúrgico; sin embargo, creemos que ni todas las hernias deben operarse, ni todos los riñones desplazados reclaman la intervención quirúrgica. Cuando la hernia se contiene bien con un buen braguero —y obsérvese que somos intervencionistas—cuando éste se tolere y no produzca molestias, más que las inherentes á la presión del aparato, no vemos la necesidad de la intervención. Del mismo modo, cuando la ectopia renal adquirida es silenciosa, cuando los enfermos la soportan bien y las molestias ligeras ceden con una faja contentiva ó con los procedimientos médicos, que después hablaremos, dejarlas, que tiempo tenemos de operarlas si las necesidades lo exigieran. Una salvedad tenemos que hacer á esta regla. Los enfermos, tanto de hernias como de riñón, que por su posición social se ven obligados á ganarse el sustento con el trabajo corporal, no vacilaremos en la intervención quirúrgica, pues que estos enfermos están constantemente expuestos á tener un fracaso, lleven ó no braguero, tengan ó no faja contentiva.

Tratamiento médico. — Los procedimientos internistas se reducen: á calmar el dolor en las crisis, al masaje, duchas y las fajas contentivas. Compréndese que tanto las duchas como el masaje sólo son aplicables á los dos primeros grados del descenso renal. Las *fajas* y *cinturones contentivos* los utilizamos cualquiera que sea el grado de descenso.

En el momento de las crisis aconsejaremos el reposo en la posición horizontal y decúbito dorsal, la medicación calmante y reduciremos el riñón, si es posible, á su posición normal.

El *masaje*, aplicable principalmente á los casos de relajación general de las paredes abdominales y ligamentos viscerales, y las *duchas* en los *neuropáticos*, son recursos recomendables.

Cuando coincide el riñón móvil con la eventración de las paredes abdominales, son preferibles las *fajas reforzadas*, siendo innecesaria, por inútil, la pelota, así como en los enfermos de paredes abdominales enormemente grasosas y cuyo gran omento forma armonía con el desarrollo general del tejido adiposo.

Los *cinturones con pelota contentiva convexa y oval* son los más usados. Estos aparatos se construyen hoy por todos los ortopédicos con arreglo á los modelos de Glenard, Tuffier, etc., y después de colocados, el mismo enfermo indica las modificaciones y variaciones, tanto de la pelota como del cinturón, que el constructor tiene que rectificar para su buen resultado y tolerancia. Cuando á pesar de poner en juego todos estos recursos, el riñón *sigue molestando*, haremos la nefropexia con la tranquilidad de conciencia de no hacer las cosas de un modo sistemático.

***

Tratamiento quirúrgico. Nefropexia. — Intervención sencillísima, tan sencilla como lo es el diagnóstico en los casos sin complicación, inofensiva y de éxito casi siempre seguro; hecha por primera vez por Halm, de Berlín, en 1881; muy bien estudiada después, y quizás demasiado practicada en los doce años últimos; puede hacerse por la vía *intraperitoneal* ó *extraperitoneal*.

La primera ó transperitoneal, utilizada por algunos en los albores de la nefrorrafia, ha sido con justicia abandonada; sólo por excepción seguiremos este camino, obligados por la necesidad de practicar alguna intervención ureteral antes de fijar el riñón. La segunda ó lumbar es la que siguen todos los cirujanos, por ser la más práctica y segura.

Antes de abordar el riñón, debemos recordar las relaciones generales de la cara posterior del mismo, ó sea la *zona quirúrgica* en donde evolucionan la mayoría de las *intervenciones renales*. Imaginemos un *cuadrilátero* cuyo lado superior sea una línea transversal tangente á la última costilla; su lado inferior, por otra horizontal á la cresta ilíaca y ligamento iliolumbar; su lado interno, por una vertical que corresponda al borde externo de los músculos espinales, y el externo por otra en la región lateral del abdomen. En el área de este cuadrilátero se encuentran, de atrás á adelante:

1.° Piel, tejido celular subcutáneo y aponeurosis superficial, primer plano.

2.° Plano. Dorsal ancho por dentro y oblícuo mayor por fuera.

3.er Plano. Aponeurosis del oblícuo menor con su músculo.

4.° Plano. Transverso hacia afuera y sus tres hojas aponeuróticas hacia adentro, las cuales limitan dos espacios, uno posterior para los músculos espinales y otro anterior para el cuadrado lumbar. Entre la hoja anterior del transverso ó aponeurosis del cuadrado de los lomos y la atmósfera grasosa del riñón, se encuentran los nervios abdomino-genital mayor y menor, cuya dirección es oblícua hacia abajo y afuera.

La incisión para la nefrorrafia, no importa que sea oblícua ó curva; cada uno hace la que más le place: nosotros damos la preferencia á las incisiones oblícuas, porque dan más campo operatorio y hacen más fácil las maniobras de fijación. Si es curva, comenzaremos en el ángulo supero-interno del cuadrilátero descrito; siguiendo su lado interno, haciéndola curva antes de llegar al ángulo inferior y posterior, para hacerla recta siguiendo el lado inferior. La oblícua está representada por la diagonal, de dentro á afuera y de arriba á abajo de dicho cuadrilátero. Curva ú oblícua, después de incindir el primer plano, á beneficio de otra incisión á fondo, que comprende el segundo y tercer plano, llegamos al cuadrado lumbar, músculo que nos servirá de guía para llegar con el dedo al alojamiento renal. En estas maniobras debemos tener cuidado de no seccionar el nervio abdomino-genital mayor y menor, para no vernos sorprendidos en el curso post operatorio por la anestesia de la zona por él inervada, como nos ocurrió con la enferma de la observación 4.ª La sección de estos nervios es imposible con la incisión oblícua, cuya dirección es paralela y por encima de estos ramos nerviosos.

Puesta al descubierto la grasa perirrenal, la cual se reconoce por su color amarillo pálido y gran movilidad, antes de incindirla, y sobre todo al hacer la resección de la misma, hemos de tener cuidado con el peritoneo; pues aunque hoy, felizmente, la herida de esta serosa no reviste gravedad, no hay para qué poner á la gran cavidad intraperitonítica en comunicación con el exterior, porque podría por cualquier circunstancia comprometer el éxito post operatorio. Recordaremos, además, que el peritoneo, en casos excepcionales, en vez de cubrir sólo la cara anterior del riñón, puede avanzar y envolver el borde convexo y la cara posterior, pudiendo llegar á formar un verdadero *mesonefrón*, de cuya anomalía la literatura mé-

dica registra algunos casos. Nosotros no hemos tenido ocasión de observarla entre los operados. En el enfermo de la observación 5.ª, el peritoneo avanzaba á la cara posterior; pero estaba adherido con la cápsula adiposa al riñón, y tuvimos necesidad de desprender dichas adherencias para pasar los hilos fijadores; pero esto hay que conceptuarlo como un hecho patológico, no anatómico. Dedúcese de lo expuesto, que antes de incindir la cápsula adiposa es preciso rechazar y contener el peritoneo con una valva corta al borde externo de la incisión; abriremos en seguida dicha cápsula previo un pellizco con la pinza en T, acercándonos lo más posible al borde cóncavo del riñón; resecaremos el segmento interno y después el externo sin escape de tijera, pues á pesar de la valva contentiva, el peritoneo puede salir de su prisión obligado por los movimientos inspiratorios. En la observación 3.ª, contando con la seguridad de separación por la valva, olvidamos esta contingencia y al resecar el segmento externo de la cásula adiposa, hubimos de incindir el peritoneo, que fué suturado, y no perturbó el éxito operatorio. Mas no creemos que las cosas sucedan siempre del mismo modo, porque de todos es sabido que al herir el peritoneo existen dos muy fundamentales motivos de inquietud: uno, el herir la serosa sin necesidad, y el otro, la probabilidad muy remota, pero posible también, de una infección.

Segundo tiempo.—Fijación del riñón. No debemos de preocuparnos mucho cuando por circunstancias especiales nos vemos obligados á fijar el riñón más abajo de su posición normal; lo importante es conseguir la inamovilidad, sea donde sea, un poco más bajo ó más alto, sin traspasar los límites de la prudencia, á fin de conservar la permeabilidad ureteral; pues como hemos dicho, la movilidad anormal del riñón es el primer eslabón, generador fundamental de todos los síntomas alarmantes que torturan al enfermo. En nuestras nefrorrafias siempre hemos practicado el procedimiento típico, según lo hace Guyon, pero con incisión oblícua; sólo en dos observaciones hemos utilizado la curva. Elevado y empujado el riñón, por un ayudante experto, hacia los bordes de la herida, se procede al paso de los hilos fijadores que se tendrán preparados, así como una gran aguja curva, con mango ó sin él, pero que reuna la condición de traumatizar poco el parénquima renal: las Hagedor son muy á propósito. El catgut grueso del núm. 4, 5 ó 6, se enebra doble y de longitud más que suficiente, 35 á 40 centímetros.

Tres hilos son bastantes y cada uno debe comprender una buena

cantidad de la convexidad de la glándula: el superior, el inferior y el medio. Guyon, á fin de evitar la sección del parénquima por la compresión del catgut—práctica que hemos seguido—una vez pasado el hilo doble, corta el asa que forma de un lado y anuda los dos cabos de entrada y de salida muy cerca de ellas. Quedan doce cabos libres: seis anteriores y seis posteriores. De los seis anteriores, uno de los cabos del superior, se pasa por debajo y detrás de la última costilla, teniendo cuidado de que la aguja no comprenda la *pleura*, para lo cual, con cuidado, denudaremos el periostio rasando la costilla con un costotomo; hecho esto, se anuda con un cabo gemelo; de esta manera el polo superior del riñón queda fijo á la última costilla. El cabo doble superior y posterior, uno de sus hilos se pasa por las masas musculares profundas todo lo más alto posible, comprendiendo una buena cantidad de masa muscular, especialmente del cuadrado de los lomos, anudándose con su compañero. Lo propio se hace con los cabos inferiores y medios, anteriores y posteriores.

Con la sutura muscular y la de la piel, con ó sin desagüe, y el apósito conveniente, terminamos el acto operatorio; haciendo observar al que coloque el vendaje no olvide poner una buena pelota de algodón en la parte anterior y lateral del riñón fijado.

La *decorticación de la cápsula renal*, ó avivamiento de riñón antes de fijarlo, modificación hecha al procedimiento típico por Lloyd, Tuffier y Delagenier; práctica seguida por cirujanos españoles de reconocida competencia, no la hicimos, ni creemos haga falta, estando demostrado por la observación y las necropsias que el riñón se adhiere bien y con solidez, sin necesidad de avivar su superficie posterior con la avulsión de su cápsula propia; sin embargo, cuando el descenso renal tiene complicaciones, como sucede en aquellos casos en que las repetidas crisis de hidronefrosis aumentando la presión intrínseca renal, producen perturbaciones funcionales de la glándula primero, y más tarde estructurales; en estos casos, como la presión se ejerce casi toda en el parénquima por la poca elasticidad de su cápsula, debe hacerse la decorticación de la misma, de igual modo que se hace en las nefritis albuminúricas.

La prisión y fijación del riñón entre los labios de la herida lumbar ó *exonefropexia*, procedimiento especial de Jaboulay, no hacemos más que mencionarlo á fin de que se tenga presente, porque pudiera sernos útil en alguna ocasión.

El curso post operatorio en las nefrorrafias es generalmente apiré-

tico, sobre todo en las nefropexias puras, ó sea sin lesión estructural. En el caso 6.° hubo un pequeño flemón sin consecuencias, así como en la observación 7.ª

Después de la operación aconsejaremos el reposo horizontal en la cama durante un mes por lo menos. Sin embargo, como las sorpresas, tanto en medicina como en cirugía, están siempre á la orden del día, la enferma de la observación 9.ª se levantó al noveno día y siguió levantándose los días consecutivos—claro es, que sin nuestro permiso y sin quitarle su buen vendaje abdominal—; pues bien, la paciente curó y no curó mal; hecho comprobado unas cuantas veces, porque la enferma vive en Madrid y no la perdemos de vista.

Los resultados lejanos de las nefropexias en las observaciones que exponemos fueron positivos; aunque así sea, no creemos que las cosas sucedan siempre con resultandos tan lisonjeros (1). Según las estadísticas que tenemos presentes, los resultados son variables, según los casos y según los sujetos, y con tener esto presente nos basta para no hacer promesas antes de la intervención.

***

Hemos podido reunir, consultando nuestros apuntes, 31 observaciones de riñón móvil, de las cuales 11 fueron seguidas de *nefrorrafia* (2).

De las *veinte* que fueron tratadas por los *procedimientos médicos* —todas mujeres — encontramos: cuatro de los quince á los veinte años, dos de ellas doncellas, con *enteroptosis* y síntomas gástricos acentuados. *Ocho* de los veinte á los cuarenta, seis de ellos con descenso uterino. *Cuatro* de los cuarenta á los sesenta, una con *eventración* y otra á los sesenta y ocho años con una neoplasia maligna pilórica. Todas han sido tratadas por el *cinturón con pelota contentiva*, exceptuando las enteroptósicas y el caso de eventración que lo fueron con la *faja abdominal*. A la última sólo le aconsejamos mucha morfina, por conceptuar el tumor inoperable.

De estas *veinte* observaciones, *siete* no volvimos á verlas; las restantes hemos continuado la observación y no van mal, tanto que ninguna ha reclamado la intervención quirúrgica, á pesar de saber que la operación no es grave y de éxito seguro casi siempre.

De los casos de *intervención quirúrgica*, diez mujeres y un hom-

(1) Son pocos casos para sentar conclusiones.

(2) Muchas más observaciones pudiera citar, pero no conservo historial de ellas.

bre; conservamos mayor número de datos, de los que entresacamos las notas clínicas siguientes (1):

Observación 1.ª — *Descenso renal, primer grado.* — Joven de diecinueve años, de Madrid, doncella, dismenorréica, costurera, teniendo que coser á máquina diez ó doce horas al día, ingresó en el hospital en abril de 1897 (sala de San Fernando).

Causa ocasional probable. — Trabajo excesivo de máquina.

Síntomas de más significación clínica. — Dolores en la región epigástrica é hipocondrio derecho, que se extienden á la fosa ilíaca y extremidad correspondiente. — Mareos y pérdida del conocimiento. —Capacidad vesical, aumentada.—La cantidad de orina en relación con su densidad: unas veces mayor, otras menor.—Sedimento nulo.

Nefropexia en abril de 1897. — Hubo que levantar el apósito al segundo día, por la gran cantidad de exudados y una pequeña elevación térmica. — La herida bien, pero persistía la fiebre; orina un poco sanguinolenta.—Un purgante seguido de irrigación intestinal. Desaparece la fiebre. — Se levantó á los veinticuatro días, previa colocación de un vendaje abdominal. — Resultado definitivo con éxito.

Observación 2.ª — *Riñón móvil, tercer grado.* — Mujer de cuarenta años, de Ceclavin — Cáceres — bastante desmejorada, enterocolitis repetidas.

Causa ocasional. — Desconocida.

Síntomas de más significación clínica. — Cistitis y ureteritis; esta última comprobada por el tacto vaginal y aumento del reflejo ureteral del mismo lado.

Nefropexia.—Día 31 de enero de 1899. — Incisión parabólica, procedimiento típico de Guyon.

Curso post operatorio. — Apirético, hematuria durante seis días.— Se levantó al treinta. — Resultados lejanos, positivos.

Observación 3.ª — *Riñón flotante.* — Mujer de cuarenta y cuatro años, de Córdoba, de mi clientela particular; hacía dos años que venía quejándose de su riñón izquierdo y del bajo vientre. — Retroversión uterina y anexitis izquierda, uretritis y leucorrea.

Causa ocasional. — *Un esfuerzo para levantar un saco de trigo,* en cuyo momento sintió un dolor intenso en el lado derecho.

Síntomas de más significación clínica. — Crisis de dolor gástrico

(1) Para evitar exageradas repeticiones, suprimiré en las observaciones la comprobación del cambio de estática renal por la exploración manual ó bimanual, sobre todo en los casos de descenso sin complicaciones.

con vómitos, más frecuentes y más intensos al acercarse el período menstrual.

Nefropexia en octubre de 1901. — Al incindir la cápsula adiposa *herimos el peritoneo*, que fué suturado inmediatamente.

Curso post operatorio.—Apirético.—Resultado definitivo, positivo.

Observación 4.ª — *Descenso renal de tercer grado.*—Mujer de veinticuatro años, natural de Mandayona (Guadalajara), casada, menorréica; ingresó en el Hospital de la Princesa en noviembre de 1902 (sala de Santa Agueda).

Causa probable. — Accesos de tos seca durante cinco años.

Síntomas de más significación clínica.—Dolores lumbo-abdominales derechos. — *Capacidad vesical*, normal, así como la cantidad y la calidad de la orina.—La enferma se queja de dolores en la región espinosa, á nivel de las últimas dorsales y primeras lumbares, acompañados de hormigueos en la pierna derecha, notándose un poco borrada la línea morfológica del vacío derecho y doloroso á la presión bimanual.

Nefropexia en 9 de diciembre de 1902.—Al llegar al borde externo del cuadrado de los lomos é incindir su aponeurosis, nos encontramos con un tumor duro, resistente, que incindido, dió salida á bastante cantidad de pus espeso, dejando una cavidad amplia cuyo límite superior lo formaba el diafragma. — Flemón de la cápsula suprarrenal. — Saneada esta cavidad, se fijó el riñón sin sutura muscular ni de piel. — Relleno con gasa. — Al levantar el día 13 el apósito con el fin de renovar la gasa de relleno, nos encontramos con una zona anestésica en el flanco derecho, por debajo de la línea transversa umbilical.—Sección del nervio abdóminogenital mayor. —El día 31 se le dió el alta por curación. — Resultado definitivo con éxito, aunque persistiendo la anestesia citada.

Observación 5.ª — *Riñón móvil de segundo grado con hidronefrosis intermitente.*—Hombre de cuarenta y dos años, de Tribaldos—Cuenca—, que ingresó en el Hospital (sala de San Isidro) en abril de 1902,

Causa ocasional. — Desconocida.

Síntomas de más significación clínica.—Crisis frecuentes de dolor intensísimo en el flanco derecho abdominal, acompañadas de vómitos, abultamiento de vientre y fiebre. — Capacidad vesical disminuída, así como la densidad de la orina, albúmina 1/2 por 1.000, aumentada la cantidad y disminuída la densidad.

Nefrotomía y nefropexia. — Por la primera se dió salida á unos 500 *gramos* de orina aséptica, primera particularidad del caso. Otra

particularidad, el encontrar el *peritoneo, fascia perirrenal* y *cápsula propia* formando una sola capa, que envolvía casi por completo el riñón, teniendo necesidad y siendo posible de aislar el peritoneo antes de incindir el riñón.— Resultados definitivos, positivos.

Este caso se encuentra publicado extensamente en esta REVISTA, tomo LVI, página 133.

Observación 6.ª — *Descenso renal, segundo grado de Glenard.*—Joven de dieciocho años, de nuestra visita particular, de Madrid, linfática, dismenorréica, de buena salud habitual.

Causa ocasional.—Caída de un coche, recibiendo el traumatismo directamente sobre el lado derecho.

Síntomas de más significación clínica. — Dolores vivos en los hipocondrios, principalmente en el lado derecho, acentuados en el período menstrual, en la estación vertical y después de largos paseos. — Intolerancia para el corsé. — Síntomas de cistitis, no constantes, sino intermitentes.—Orina clara, transparente y en gran cantidad unas veces; y otras turbias, sedimentosas y en pequeña cantidad.—Su análisis en estas condiciones dió por resultado: sedimento, células del epitelio vesical, primera capa, hematíes, leucocitos y moco en gran cantidad.

Nefropexia el 6 de junio de 1903.

Curso post operatorio. — Pequeño flemón parietal al tercer día. — Seda mal esterilizada de la sutura muscular.—Se levantó al 24.° día, colocándole una faja abdominal.—Resultados definitivos, positivos.

Observación 7.ª — *Riñón flotante con pielonefritis supurada descamativa.* — Mujer de cuarenta y ocho años, de Benquerencia—Badajoz—casada, multípara, once partos, delgada y demacrada, que ingresó en el Hospital de la Princesa el 5 de agosto de 1903 (sala de Santa Agueda).

Causa ocasional.—Esfuerzos al perseguir la langosta.

Síntomas de más significación clínica. — Dolores por crisis en los vacíos, que se calmaban al acostarse; micciones frecuentes dolorosas y con hematuria al terminar. — Riñón abultado y exageradamente doloroso á la presión.—Análisis de la orina.—Cantidad, 1.600 gramos; reacción alcalina, turbia, 2 por 1.000 de albúmina.

Microscópico.—Glóbulos de pus, leucocitos, hematíes en gran cantidad, células del epitelio renal y vesical, moco y *cilindros granulo-grasosos,* prueba con el azul de metileno, eliminación retardada.

Nefrotomía y nefropexia el 13 de agosto.

Curso post operatorio. — Fiebre de 39° durante seis días. — Orinas

sucias, sanguinolentas y con fuerte olor amoniacal. — Flemón parietal. — Curación el 10 de octubre. — Resultado definitivo, positivo.

Observación 8.ª — ***Riñón móvil, segundo grado.*** — Mujer de veintisiete años, doncella, de Badajoz, delgada y pálida. Desde hace nueve años se queja de dolores vivos en todo el hipocondrio derecho, dolores que en forma de crisis aparecen actualmente antes de las reglas, con fiebre, pérdida del apetito y oliguria.

Causa probable. — Desconocida. — Capacidad vesical disminuída, micciones frecuentes. — La cantidad de orina aumentada 2.200 *gramos*, poliuria provocada por el riñón derecho, dato comprobado con el separador de Luys.

Nefropexia el día 24 de mayo de 1904. — Riñón muy friable, teniendo necesidad de colocar cuatro hilos de suspensión.

Curso post operatorio.—Orina sanguinolenta y sedimentosa.—Resultados definitivos, desconocidos.

Observación 9.ª—***Riñón flotante. Hidronefrosis intermitente.***—Mujer de veintiocho años, de Manzanares, bien constituída, robusta y de buen color, nada de eventración.

Causa ocasional probable.—***Parto laboriosísimo*** y transgresiones de régimen en el puerperio.

Síntomas de más significación clínica.—Crisis dolorosas sin localización en el lado derecho, sino difusas, acompañadas de vómitos y pérdida del apetito. — Cistitis de cuello con hematuria. — La separación de la orina con el aparato de Luys en el momento de la crisis dió por resultado una disminución de la cantidad en el lado derecho con pequeña cantidad del albúmina. — Fuera de las crisis la secreción era igual para cada riñón.

Nefropexia.—Mayo 1905 en nuestra clínica particular.

Curso post operatorio. — Apirético, cicatrización por primera intención. — Esta enferma ***abandonó la clínica al décimo día,*** aconsejándole que persistiera en la cama hasta los veintiocho ó treinta; pero ni se acostó ni se sentó, sino que hizo cuanto le vino en ganas; y á pesar de todas estas imprudencias, la enferma curó y continúa con un riñón adherido al sitio donde se emplazó.

Observación 10.ª—***Descenso renal, segundo grado.***—Mujer de veintiocho años, de nuestra visita particular, enjuta de carnes, casada, multipara, bien reglada, sin antecedentes.

Causa ocasional.—***Caída de una silla*** sobre el lado derecho.

Síntomas de más significación clínica.—Gastralgias y vómitos unas veces, vértigos y lipotimias otras; molestias que se atenuaban y

llegaban á desaparecer con el reposo horizontal.—Capacidad vesical normal, orina emitida en las veinticuatro horas 1.500 gramos, débilmente ácida y disminuida la urea y los cloruros, sedimento nulo.

Nefropexia.—Junio 1905 —Resultados definitivos, desconocidos.

Observación 11.ª—*Riñón flotante.*—Mujer de cuarenta y dos años, dedicada á las faenas del campo, de Cáceres; ha padecido de cólicos nefríticos frustrados; sólo se queja de ligeras molestias en el lado derecho, indicando que algunas veces el dolor en dicho lado es intenso y que al propio tiempo se ha tocado un bulto en el sitio del dolor. El corsé le exagera las molestias; no puede tolerarlo, pero sólo á intervalos.

Causa desconocida.—Orina normal, así como la capacidad vesical.

Nefropexia en julio de 1906.

Curso post operatorio.—Sin compromisos.—En observación.

NOTAS CLÍNICAS DE APARATO DIGESTIVO

POR EL

DOCTOR D. R. L. Y YAGÜE

Profesor auxiliar del Dispensario de enfermedades de este aparato en el Instituto Rubio; Jefe del mismo en la Policlínica Cervera, etc., etc.

SUMARIO: Origen de la especialidad. — Las razones de su existencia. — Difusión teórica excesiva y difusión clínica insuficiente.— Sus perjuicios.— Motivos para el aumento de la difusión clínica; motivo patológico; motivo clínico. — Ventajas de las exposiciones clínicas. — Modesto fin y anhelo de estas notas.

Desde que Kusmaul, en 1867, logró hacer entrar el lavado gástrico en la terapéutica, y Ewald en 1874 y Leube en el 76, sustituyeron la bomba gástrica por la sonda blanda, y merced á ella se estudiaron de manera reglada las afecciones del estómago, cambiaron por completo las nociones fundamentales sobre que descansaba su patología, y surgió un sinnúmero de observadores que, aprovechando los datos susceptibles de ser obtenidos por su aplicación cuidadosa al estudio de la digestión normal y patológica con ayuda de comidas determinadas cuya extracción se efectuaba á tiempo fijo, fueron

aportando constantemente datos nuevos, con cuyo conjunto los más afanosos crearon un cuerpo nuevo de doctrina.

La continuidad de ésta era de producción científica activa, la multiplicación de los medios de exploración con técnica especial y el abundantísimo material de estudio, obligaron á la segregación relativa del conocimiento de este grupo de afecciones, del ejercicio común de la Medicina. Tal es la historia sucinta del origen de la gastropatología como especialidad médica. Su aceptación común y su arraigo, dan, de otra parte, la razón social de su existencia, y vienen probando de modo claro y decisivo que corresponde á la de una necesidad general, antes mal ó incompletamente satisfecha.

De entonces acá se han menudeado de tal modo las obras didácticas, y continúa de manera tan activa su publicación, que bien á las claras se ve responde más á difusión de conocimientos, que á la continua producción de hechos nuevos y renovación de las verdades, que forman en la actualidad el cuerpo de doctrina considerado como cierto. Si hiciera falta probarlo, bastaría citar, desde la obra de Ewald, primer cuerpo serio de doctrina científica después de la época exclusivamente clínica en que el tratado de enfermedades del estómago de Brinton se destaca en algunos capítulos (úlcéra y cáncer) como maravilla de observación precisa y concienzuda, y sin pretender recordarlas todas, la eminente de Bouveret, las de Sansoni, Mathieu, Boas, Robert, Robin, Einhorn, Royo, Frænkel, Hayem, Soupauld, Hartmann, etc., y las numerosas que en las enciclopedias han hecho personalidades, casi siempre de segundo orden, pero algunas muy afortunadas en la exposición de materia.

Con poco esfuerzo es dable, sin embargo, observar que esta labor copiosísima ha tenido por campo casi absoluto el de la patología, y, por excepción, el de la clínica particular y exclusiva, tal y como es dado vivirla á los que con exclusión de las demás la ejercen. De este hecho, tan sencillo como general, arrancan ciertas dificultades para que las verdades más comunes y firmes y las prácticas más fructíferas, se generalicen con la rapidez y extensión necesarias á la terapéutica usual y diaria; impidiendo que sea dable, siempre y á todos, disfrutar de los beneficios positivos que la gastropatología ha aportado al diagnóstico y tratamiento de numerosas dolencias. Y es que de este silencio nacen pequeñas y enojosas dificultades para la aplicación particular y concreta de los medios, no indicadas ni solventadas en las reglas generales, incapaces de individualizar la práctica.

Los motivos son bien fáciles de comprender y explicar. La patología crea, con la suma de síntomas más comunes observados en los individuos afectados de una dolencia, la representación de la especie morbosa, y guarneciéndola de los más finos detalles, que toma de casos diferentes, describe un tipo comprensivo tan completo, acabado y perfecto, que estudiándolo parece tarea sencillísima su constante reconocimiento en la clínica, y sólo posibilidad rara y extraordinaria el desconocimiento y confusión con ninguno de cuadro sintómico semejante; pero ¡ay! que estos patrones creados para la enseñanza rara vez existen más que en los libros, pues en la práctica la constante variedad de los organismos, siempre diversos dentro de la misma especie, hace que por sus condiciones particulares, las de la causa morbosa ó las del medio en que viven, desenvuelvan de modo distinto su dolencia, revistiéndola de modalidades sintomáticas tan diferentes, variadas ó incompletas, que si se las compara con el modelo, más parecen distintas afecciones que variedades de una misma. Comprobando así lo que tantas veces y con tanta verdad se ha dicho: que la patología enseña enfermedades, en tanto que en la clínica no existen más que enfermos.

Cierto que cuando la práctica personal es numerosa y las condiciones sociales del médico y de los enfermos consienten que sea detenida, es dable á cada uno llegar á hacer, con la ayuda de la observación y los libros, el conjunto de conocimientos necesarios para constituir información y criterio suficiente, con ayuda de los cuales poder conocer con facilidad cada especie morbosa y llegar á agrupar junto á ella, con seguridad y certeza, sus variedades más comunes, y con menos frecuencia las raras, logrando la destreza obligada y precisa para el diagnóstico; base sin la cual todo tratamiento carece de las seguridades racionales é indispensables de conveniencia y utilidad. Mas por excepción acontece esto, pues las más de las veces falta el número suficiente de enfermos, es tan excesivo ó debe ser atendido en condiciones tales de diseminación de tiempo y de lugar, que no consienten obtener de ellos las necesarias enseñanzas, si no viene en su ayuda el relato de las variadas observaciones ajenas que, cuando no existen, son poco numerosas ó difícilmente accesibles, dejan al práctico estudioso en difícil y penoso desamparo.

Acrecen no pocas veces éste las dificultades para el tratamiento. En efecto, las materias médicas le describen el agente terapéutico, marcan sus dosis, señalan sus incompatibilidades é indican las do-

lencias en que puede ser empleado y las circunstancias en que no está permitido su uso; datos que complementa la patología enumerando en el tratamiento de cada afecto los medios físicos, farmacológicos ó quirúrgicos más adecuados en sus distintas fases y complicaciones; pero una y otra, ó señalan sistemáticamente limitados agentes, ó los dejan á su elección sin darle todas las indicaciones necesarias para que pueda saber las circunstancias y el momento más oportuno de su aplicación, ni reglas exactamente precisas para conocer en qué casos unos son más convenientes que los otros, callándole detalles con los cuales puede tropezar más adelante, fundamentaciones que le den orientación para las asociaciones más eficaces y signos tan sencillos, claros y precisos como fuese posible para poder apercibir con rapidez las contraindicaciones particulares.

De estas dos necesidades que á la patología ni á la terapéutica es dable satisfacer, arranca la de la publicación de las observaciones individuales de enfermos con descripción exacta de lo visto, referencia detallada de cuanto con los mismos se ejecutó y obtuvo, y deducción complementaria de las enseñanzas posibles. Tal es la clínica que, teniendo por sujeto único al enfermo, le observa, lo estudia sin atenerse para nada al tipo didáctico, que recuerda sólo para señalar cuando lo cree conveniente las igualdades ó diferencias, destaca las variedades morbosas dentro de la misma especie marcando sus rasgos particulares, aplica el remedio indicando la manera justa de efectuarlo, las condiciones de oportunidad de su empleo, las reglas indispensables para su buen uso, las circunstancias por qué y los momentos en los cuales los unos deben ser preferidos á los otros, destacando los datos que para ello y sus contraindicaciones pueden servirnos de guía y llevando á cabo con el debido cuidado el ensayo de cuantos medios racionales van siendo progresivamente propuestos, expone sus resultados.

Sus descripciones son tan precisas que, al referir, retratan con fidelidad y exactitud sólo lo existido y lo hecho, para que pueda servir de guía seguro, con ayuda del cual, hasta donde sea dable, sean evitados, vencidos ó sorteados los escollos del ejercicio y facilitada constantemente la práctica, con beneficio del que padece, fin único y positivo de la medicina. De ahí la gran utilidad de la clínica, su necesidad constante y la conveniencia de la gastropatológica, tan infrecuentemente publicada.

No tienen ni pueden tener estas observaciones, tan exentas de presunción como llenas de buen deseo, la pretensión inaudita de

llenar este vacío, que con certeza quedará íntegro después de ellas para ser llenado por quien tenga el valor y saber indispensables; pero no porque, sin falsas modestias, me sienta incapaz de realizarlo he de renunciar á su relato sencillo, puesto que han sido, son y serán siempre el manantial más copioso de enseñanza y pueden reflejar algo de lo que son susceptibles de dar á conocer, transcribiendo lo más corriente y usual de la práctica.

Pero como la clínica no es ni ha sido nunca un conjunto de rarezas, sino un común de enfermos parecidos, entre los que surge de tiempo en tiempo alguno más desemejante, ni el ejercicio de la medicina una sucesión de aciertos brillantes sin error posible, de aquí que no habrán de ser cuidadosa rebusca en que presentar sólo los que por sus particularidades puedan cautivar por lo exótico ó sorprender por lo extraordinarios, justamente los menos observables, sino la descripción casi constante de los tipos comunes con perfecto parecido en sus líneas sintomáticas á los más triviales y vulgares; ni deben ser el relato de las raras é infrecuentes adivinaciones afortunadas, sino más á menudo de los errores conocidos (¡quién podrá presumir de saber todos los que comete!), porque fuerza es repetirlo: nada enseña tanto como el error que se conoce.

Bien lejos de mi ánimo tratar de enseñar nada á nadie con estas notas, su fin es más modesto y se reduce á exponer fielmente lo visto, señalar con claridad lo hecho y fijar de modo permanente lo pensado para sistematización, disciplina y saneamiento de los propios más que de los ajenos conocimientos.

Sólo en un particular las anhelo vivamente eficacia: en el de que tuvieran la fuerza de estímulo suficiente para empujar á los maestros en la clínica española, tan comunes y valiosos como puedan serlo donde más, á arrancarse á escribir los libros aún casi en blanco de la clínica médica española de las especialidades.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ RIBERA Y SANS

Catedrático de Clínica quirúrgica y Director del Hospital del Niño Jesús de Madrid.

TRATADO DE CIRUGÍA CLÍNICA Y OPERATORIA, publicado bajo la dirección de Bergmann, Bruns, Mikulicz, etc.

La casa Espasa ha tenido el buen acuerdo de hacer traducir esta monumental obra, reflejo del estado actual de la cirugía alemana, encargando la traducción al distinguido Catedrático de Cirugía de la Universidad de Barcelona, Dr. D. Gil Saltor y Lavall.

Es sumamente difícil exponer en pocas líneas el juicio crítico que pueda merecer una obra de tal importancia, tanto más cuanto que se trata de un *Tratado* que se puede calificar de verdaderamente regional, digno continuador, en lo que á la parte topográfica se refiere, de aquellas Enciclopedias de cirugía dirigidas por Billroth y Pitta y por Billroth y Lucke, de las cuales en la parte especial no desmerecen en nada, si bien en la comparación del conjunto tal vez salgan estas últimas con más prestigios, porque en ellas se abarcaban y se discutían todos los problemas de la cirugía general y de tejidos además de lo regional, y el *Tratado* que estamos analizando se ocupa únicamente de la cirugía de regiones, sin que puedan compensar tal deficiencia el *Tratado de Cirugía general* de Lexer, al cual no se puede calificar sino de Manual, á pesar de cuantos elogios hace de él Bergmann en el prólogo de esta última obra. Pero esta objeción es sólo á lo que al plan se refiere, no al contenido de la cirugía clínica, porque aun cuando en ella apenas si se da cabida más que á lo alemán, hay que afirmar de una manera rotunda que en la actualidad no hay ningún Tratado de cirugía de regiones que le iguale, ni mucho menos que lo supere, y si no fuera por la costumbre de hablar algo del contenido, aquí podría dar fin al juicio crítico que me merece la obra de *Cirugía clínica* de Bergmann, etc.

La primera y segunda parte del primer tomo están dedicadas al estudio de las lesiones y enfermedades del cráneo y de su contenido, y como es natural, gran parte de estos dos capítulos se deben á Bergmann, y digo es natural, porque no hay que olvidar los importantes artículos acerca de este asunto publicados en la *Enciclopedia*

alemana de Cirugía y debidos á Bergmann cuando era Profesor de Cirugía de Dopart. Por esto hay que llamar la atención acerca de las fracturas y heridas del cráneo y conmoción y compresión cerebral, el capítulo de contusión y heridas del cerebro de Kronlein, los abscesos cerebrales por Bergmann, el artículo modernísimo de Schlatter acerca de la trombosis de los senos venosos, sin que, á mi entender, lleguen al valor de los citados los artículos destinados á la epilepsia traumática, á las enfermedades mentales consecutivas á las lesiones de cabeza y al tratamiento quirúrgico de los tumores cerebrales, debido tal vez á la manera concisa como Bergmann ha tratado de estos asuntos y en el afán que se nota en toda la obra de prescindir en lo posible de literatura que no sea alemana; y no cabe duda que acerca de estos asuntos por una parte los cirujanos militares franceses y por otra la escuela de Nápoles, representada por D'Antona, han dado origen á trabajos notabilísimos, que cuando menos tal vez no hubiera estado demás que se hubieran tenido en cuenta; como también, aun estando bien escrito, me parece muy conciso el artículo de Kronlein acerca de la trepanación y la topografía craneocerebral.

Sigue después el estudio de las deformidades congénitas, traumatismos y enfermedades quirúrgicas de la cara y operaciones plásticas, debido á C. Lexer; las neuralgias de la cabeza, que, como es natural, han sido tratadas magistralmente por Krause; las lesiones y enfermedades de las glándulas salivales, por Kuttner, y aquí, y en lo que se refiere á las operaciones en la parótida, los cirujanos españoles echaremos algo de menos, que no es nuestra del todo la culpa, si desde el año 32 Argumosa extirpaba la parótida y no hemos conseguido que por ahí fuera se enteraran de ello.

Las lesiones y afecciones de los maxilares y de la cavidad bucal han sido tratadas por Partsch, la de la nariz y cavidades accesorias por Kumel, y ambos Profesores se han ocupado de las enfermedades y lesiones de la faringe, sin que sea posible entrar en detalles que nos dieran idea de tales artículos, por no ser esto posible en una bibliografía.

El segundo tomo está destinado á las lesiones y enfermedades quirúrgicas del cuello, del tórax y de la columna vertebral. Merecen especial mención en las del cuello las lesiones traumáticas de las arterias, venas y nervios, por más que en el conjunto no pueda uno por menos de recordar la notable monografía acerca de las lesiones del cuello en la Enciclopedia de Billroth y Lucke debida al profesor

Fischer. Como punto de discusión, merece leerse lo que se refiere á los tumores de los ganglios y á los del cuello.

El estudio de las lesiones y enfermedades de la laringe y de la tráquea constituyen uno de los buenos capítulos del segundo tomo, debido á los profesores Bruns y Hoffmeister; Eiselsberg se ha acupado de las enfermedades del cuerpo tiroides, y así como satisface el estudio del bocio, en cambio se encuentra algo, si no de deficiencia, muy someramente tratado, lo que al bocio exoftálmico se refiere; verdad que se puede discutir si es ó no enfermedad quirúrgica, pero por esto mismo tal vez hubiera sido conveniente que algo más se hubiera dicho acerca de tan curiosa enfermedad.

El estudio de las enfermedades del esófago se debe principalmente á v. Hacker, y además de lo que ya puede considerarse como clínico y admitido por todos, merece una mención especial cuanto se refiere á operaciones, tanto en los cuerpos extraños, como en las estrecheces y en los tumores del esófago, asunto éste tratado por Lotheissen.

En el capítulo acerca de los traumatismos y enfermedades quirúrgicas del tórax y de su contenido, debido á Riedinger y á Kummell, se encuentran una porción de hechos de los que pudiéramos decir que caracterizan en gran parte á la cirugía actual y novísima; tal es lo que se refiere á las heridas del pulmón, pericardio y corazón, á las operaciones que pueden requerir las enfermedades de la pleura, la técnica general de las operaciones quirúrgicas en el pulmón y el estudio bajo el aspecto quirúrgico de los abscesos del pulmón, gangrena, bronquiectasia, tuberculosis, etc., así como las operaciones en el pericardio y corazón, asuntos todos que constituyen uno de los capítulos más novísimos de la cirugía actual. En los aneurismas de la aorta, si no se habla de arteriorrafia, la idea, teóricamente, allí se encuentra indicada.

Sigue después el estudio de las enfermedades y lesiones de las glándulas mamarias, el de la médula y columna vertebral, mención especial de lo que á la laminectomía se refiere, á las lesiones traumáticas, tratamiento del mal vertebral de Pott, etc.

Termina este tomo con el estudio de las deformidades, traumatismos y enfermedades de la pelvis, debido á Steinthal.

El tomo tercero está dedicado á la cirugía abdominal. Si alguno de los tomos de esta obra pudiera considerarse como de más interés que otro, sin duda alguna que ocuparía el primer lugar el tomo tercero: para demostrarlo, bastarán algunos enunciados y el nombre

de los autores. Las enfermedades quirúrgicas y traumatismos del peritoneo han sido descritas por Korte, resultando magistral la descripción de la peritonitis, y sin embargo, y aun cuando se mencionan las peritonitis que van acompañadas de *septicemia generalizada*, ó en Alemania se observan pocos casos de septicemia peritoneal sobreaguda, que mata en veinticuatro horas, ó falta la descripción de esta forma, que no se parece en nada á la peritonitis común. Las generalidades acerca de la laparotomía se deben á Mikulicz y Kausch, así como las lesiones traumáticas y afecciones quirúrgicas del estómago y del intestino, incluyendo en este grupo la técnica de las operaciones del conducto gastro-intestinal. Este capítulo es un tratado completo y perfecto dados nuestros conocimientos; por desgracia, quedan muchos puntos que resolver, y principiando por las septicemias peritoneales agudísimas, tampoco descritas entre las complicaciones, siguen las complicaciones broncopulmonares, á las cuales dedican los autores un párrafo ligero, no sé si porque allí, al contrario de lo que ocurre entre nosotros, la cosa no merece más, ó porque en cuanto á génesis y causas del accidente están tan á obscuras en Alemania como estamos nosotros.

La oclusión intestinal y las enfermedades del apéndice son descritas por Schlange, y con decir que las enfermedades quirúrgicas del hígado, vesícula biliar, bazo y páncreas han sido descritas por Kehr, huelga todo elogio, dada la competencia no discutida de dicho autor, principalmente en lo que se refiere á las enfermedades de las vías biliares.

El profesor Graser, de Erlangen, ha escrito un verdadero tratado de las hernias, y con ellas termina el tercer tomo.

El cuarto tomo está dedicado al estudio de las lesiones traumáticas y enfermedades de las extremidades superiores é inferiores, las del hombro y del brazo han sido descritas por Screiber y Hofmeister, debiendo hacer mención especial de los traumatismos de los nervios del hombro, de las lujaciones del hombro; un buen capítulo de medicina operatoria lo constituyen las operaciones que se practican en dicha región; siguen después las deformidades, traumatismos y enfermedades del brazo y operaciones que en él se ejecutan; las del codo y antebrazo, constituyendo un capítulo muy interesante debido á Wilms; las de la muñeca y mano escritas por Friedreich.

El estudio de la patología quirúrgica de la cadera y muslo ha sido hecho por Hoffa; de ahí que no pueda extrañar que el capítulo dedicado á la lujación congénita de la cadera sea uno de los más

notables de este tomo, sin que esto signifique que desmerezcan en lo más mínimo los capítulos destinados á las lujaciones y fracturas del fémur. Detallado es cuanto se refiere al estudio de las enfermedades de la cadera; sin embargo, son tantas las variedades de inflamaciones no tuberculosas que describe, que no me atrevo á decir si tal multiplicidad y división será ventajosa para el estudio del conjunto ó producirá tal vez alguna confusión. En cambio, hay que buscar y rebuscar mucho para encontrar algo que se refiera á la llamada coxalgia histérica, que si bien no es muy frecuente, no deja de observarse, y son los casos de los más interesantes para el diagnóstico y para el tratamiento.

Siguen los traumatismos y enfermedades de la rodilla y pierna, así como las operaciones que se ejecutan en estas regiones, estudio debido á Reichel, terminando este tomo con los artículos de Nasse y Borchardt, que se refieren á las enfermedades, lesiones y operaciones que se pueden ejecutar en la articulación tibiotarsiana y en el pié. Lo único que referente á este tomo debo hacer constar, es que siendo todo un ejemplo de estudio clínico, es relativamente obscuro lo que se refiere á la técnica operatoria, tal vez debido á plan preconcebido de no ocuparse más que de medios y procedimientos alemanes: eso sí, tiene la ventaja de no establecer dudas en el ánimo acerca de cuál de los procedimientos es más aceptable, porque no hay discusión, y la exposición es, más que de métodos, de procedimientos determinados. No hay donde elegir, lo cual supone que se considera como lo más perfecto lo que se describe.

El tomo quinto y último se ocupa de las enfermedades del recto y ano, de las del aparato genito-urinario, y en un apéndice de las del oído.

Las enfermedades del recto y del ano han sido estudiadas por Rotter: si bien todos los capítulos merecen ser leídos, hay que llamar la atención acerca del dedicado al tratamiento del cáncer del recto; las lesiones traumáticas y enfermedades quirúrgicas de la vejiga y de la próstata han sido descritas por el profesor Sonneburg; basta tal enunciación para comprender que debe ser y es uno de los artículos más interesantes de toda la obra; pero aun dentro del valor absoluto, hay que singularizar principalmente el capítulo destinado á los vicios de conformación de la vejiga urinaria: en este punto me parece más comprensible el nombre de extrofia de la vejiga que el de fisura vesical que le da el traductor.

A Schede se debe el artículo acerca de los traumatismos y enfer-

medades quirúrgicas de los riñones y de los uréteres: en esta Monografía no sabe uno qué elegir, porque todo se puede decir que es mejor: hay que leerla toda; pero si se debe llamar la atención acerca de algunos capítulos, bueno será recomendar los capítulos en que expone las generalidades sobre los métodos de reconocimiento de los riñones, sobre las operaciones del riñón y de los uréteres, los neoplasmas del riñón y de la pelvis renal, etc. Braman se ocupa de las enfermedades quirúrgicas de la uretra y del pene, escroto, testículo, etc., siendo su colaborador el Dr. Rammstadt: mencionaremos el capítulo referente al epispadias é hipospadias, las estrecheces de la uretra, por más que en conjunto nada ha superado hasta hoy á la Monografía de Dittel, terminando la obra un estudio que podemos llamar quirúrgico de las enfermedades del oído, debido á Kummel.

Tal es, expuesto á grandes rasgos, el contenido de la *Cirugía clínica* dirigida por Bergmann, etc., sin que por la índole de estos trabajos sea posible entrar en detalles que permitan al lector formar por sí mismo un juicio acerca del valor de dicha obra, que sólo en un estudio bibliográfico se puede apreciar en conjunto; mi manera de pensar ya la he expuesto: creo que hoy por hoy no hay ningún libro que iguale, ni mucho menos supere, al de que me ocupo en cuanto se refiere á la patología y clínica quirúrgica regional, es decir, es el mejor tratado de patología quirúrgica que conozco; y en cuanto á la operatoria quirúrgica, encuentro que el conjunto forma un excelente manual conciso, preciso, pero limitado, por regla general y salvo algunos capítulos, á la operatoria nacional, permítaseme la frase, resultando tal vez el conjunto de la obra demasiado exclusivista, como si los autores se hubieran propuesto exclusivamente exponer el estado actual de la cirugía alemana; pero como hay que convenir que hoy marcha á la cabeza, hay que convenir también que la casa Espasa ha prestado un excelente servicio á la Clase médica española al ordenar la traducción de dicha obra, que debe servir de consulta á todo médico ilustrado.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Tratamiento de la agripnia.—En *El Criterio Católico en las Ciencias Médicas* publica el Dr. D. Francisco Carbonell y Solés lo siguiente:

«Refiérome á la forma peor de agripnia: al desvelo ó *pervigilium*, que suele resistir á los medios farmacológicos con más tenacidad que la modalidad pasiva constituída por el simple insomnio.

El desvelo esencial es una manifestación irritativa en tanto no va á terminar en la neurastenia, y recae por regla general en individuos cuya nutrición es defectuosa: hipoacidez urinaria, fosfaturia relativa, hipercloruria, etc. Son dispépticos, y tal vez del tubo digestivo tomen origen los productos anormales que mantienen luego en ejercicio permanente á los centros nerviosos. El paciente no siente sueño ni deseo de dormir, y le es imposible llegarlo á conciliar. Algunos días, no rara vez seguidos sin interrupción, logra, apenas acostado, quedarse dormido; mas en vano se cree curado: vuelve de nuevo á pasar noche tras noche sin dormir, mejor dicho, sin llegar á conciliar el sueño, pues toda la dificultad parece radicar en el principio, en el punto de transición de la vigilia al estado dormido: falta la soñolencia.

En estos casos de agripnia simple surgen indicantes diversos y complejos después del interrogatorio y examen del paciente. Conviene ser prolijo y enterarse de la ocupación ó profesión á que se dedique, la clase de alimentos que tome, la rapidez con que los mastique, las emociones á que esté sujeto, etc., etc.; y desde luego, para la estabilidad de la curación, hay que reglamentar y corregir todo lo que pueda asegurar la potencia digestiva y levantar el tono orgánico. Será, pues, de aconsejar el ejercicio moderado, la permanencia al aire libre, el uso de una solución clorhidropépsica, el cuidado en masticar bien, el empleo de la electroterapia (galvanización cerebral, ó bien ducha electrostática), de la hidroterapia tónica bajo la forma de duchas frías, y al principio, mejor que éstas, se podrán aconsejar los baños tibios (de 33° á 35° centígrados) prolongados (veinte minutos), tomados dos horas antes de acostarse. En cuanto á régimen, es menester poner vigilancia en que no peque por demasiado azoado, pero es contraproducente también el reducirlo á la cocina vegetariana, porque las condiciones de la nutrición de los pacientes que padecen desvelo esencial son, como ya se ha indicado, bastante malas, y por lo mismo no se pueden equiparar en absoluto estos casos con aquellos otros de insuficiencia renal y análogos en que dicho régimen ofrece ventajas considerables.

El plan higiénico, el régimen alimenticio y los agentes físicos, á pesar de su eficacia á plazo largo, son á menudo impotentes para romper el círculo cerrado del desvelo con la rapidez que el paciente reclama. Es preciso, pues, echar mano de las drogas. En otras ocasiones me he ocupado de

algunas de las recientemente introducidas en la farmacología; en esta nota citaré sólo el último, con el cual he practicado algunos ensayos: el *isopral*.

Este hipnótico es el alcohol triclorisopropílico, cuerpo parecido al cloral, cristalizable bajo el tipo prismático, sabor picante y olor á alcanfor. Es soluble en el agua, en el alcohol y el éter; fácil de absorber, por consiguiente, aunque se tome en tabletas, como es lo ordinario, por ser la forma que garantiza mejor su estabilidad, puesto que se sublima á la temperatura ordinaria y funde á menos de 50° centígrado.

Se elimina pronto bajo la forma de ácido glicorurónico, y resulta poco tóxico, menos que el cloral, y mucho más activo que éste, casi el doble, en igualdad de peso. El sueño que suscita es tranquilo y profundo, siendo las respiraciones menos frecuentes, pero más profundas que en lo normal. Una dosis algo fuerte hace dormir un gato durante dos ó tres días. Para el hombre, la dosis suficiente para procurar el sueño durante seis ú ocho horas es de medio á un gramo, y excepcionalmente de dos gramos.

Sin duda el campo más extenso de aplicación del isopral está en los manicomios, pero en la agripnia simple su empleo no parece haya de ser menos constante. Sus ventajas peculiares en el desvelo esencial estriban en la escasa toxidad, eficacia de dosis relativamente cortas, y sobre todo la circunstancia de carecer de efectos colaterales y de no acumularse apenas. Actúa, al parecer, por impresión rápida dentro de la economía, y tal vez por eso su efecto es bastante uniforme, sin que sea menester aumentar progresivamente la dosis una vez, por tanteo, se ha llegado en cada caso á fijar la capaz para producir el sueño. Al contrario, conforme la higiene, la alimentación, la electroterapia y la hidroterapia especial de estos casos modifica el tono orgánico del paciente, es posible reducir la dosis, ó pasar días sin tomarlo, ya que no es raro que una sola toma asegure el sueño, no sólo la misma noche, sino las dos ó tres siguientes.

Tocante al funcionalismo renal, cuyas modificaciones es preciso conocer siempre, el isopral, lo mismo que otros hipnóticos modernos, resulta algo diurético; pero esta cualidad, y con decir cualidad huelga el decir que no ofrece desventaja en la mayoría de casos clínicos en que haya indicación de dicho hipnótico, no basta para justificar la indicación, que en este concepto y con el apoyo de la necesidad de procurar descanso al enfermo, podría verse en las afecciones cardiovasculares, en las cuales todos los hipnóticos á base de cloro deben ser proscritos. El isopral mismo, pese á su toxicidad escasa, no deja de provocar algún descenso de la presión arterial. En principio, el hipnótico de elección para los cardiópatas es la morfina ó sus derivados.

Gracias, pues, al mecanismo sencillo por virtud del cual actúa el isopral, que parece impresionar el organismo así como de paso, sin dejar huella en los órganos en estado normal, resulta, aunque su poder hipnótico sea más suave que intenso, el preparado de elección en la agripnia, bien que no en el concepto de curativo, sino de recurso inicial y transitorio en tanto las indicaciones fundamentales primeramente mencionadas sean cumplidas en cada caso concreto y lleguen á surtir su efecto. De lo contrario, el isopral, como los demás hipnóticos, conduciría al fracaso». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 16 de Octubre de 1906.

Etiología y profilaxia actuales del paludismo. — El Dr. Laveran: En la comunicación que hizo el Dr. Kelsch el día 2 del corriente, se declara partidario convencido de la nueva etiología del paludismo, ó sea de la transmisión de la enfermedad por los mosquitos del género *Anopheles*, pero estima que la doctrina anophélica no puede explicar todos los hechos conocidos, y cree que los partidarios de esta doctrina no tienen en cuenta suficientemente las enseñanzas de la epidemiología. Luego la cuestión que se plantea es la siguiente: ¿Los *anopheles* son siempre los agentes de transmisión del paludismo, ó bien la infección puede verificarse por otras vías? Cuestión es ésta de las más importantes desde el punto de vista práctico, puesto que las medidas profilácticas á tomar contra el paludismo deben derivar de nuestros conocimientos acerca de su modo de propagación.

¿Es exacto que la distribución geográfica de los anopheles no corresponde siempre á la del paludismo y que se han encontrado focos activos de fiebre donde no existían estos culicidas? La vasta investigación que se ha emprendido en todos los países ha dado, en general, resultados muy favorables á la doctrina anophélica; todas las observaciones que yo, por mi parte, he reunido desde 1899, vienen en apoyo de dicha doctrina. He demostrado la existencia de los *anopheles* en todas las localidades insalubres que he visitado y en todos los lotes de culicidas recogidos en país palustre de los que me han sido enviados. La evolución anual de los anopheles tiene con la de las fiebres palustres relaciones indudables. En los países templados y hasta en los cálidos, en que las estaciones son bien marcadas, las fiebres palúdicas de primera invasión no se presentan hasta los comienzos del verano, precisamente en la época en que los anopheles salen de su sueño invernal y se multiplican. En los países tropicales, los anopheles se encuentran en mayor número en la estación de las lluvias ó insalubre. Antes de declarar que el paludismo reina en una localidad donde no existen anopheles, es necesaria una detenida investigación; con frecuencia se fundan las afirmaciones en investigaciones ligeras y datos vagos suministrados por los habitantes. Es necesario sentar que los casos de paludismo han sido contraídos en la localidad y no en otra, como sucede con frecuencia con los obreros agrícolas durante los trabajos de la vendimia, con el ejército durante las marchas, maniobras, etc.; la investigación del índice endémico en los niños pequeños que no han salido nunca de la localidad, presta en este sentido grandes servicios; por otra parte, también es necesario que la busca de los culicidas sea dirigida por una persona experimentada que vi-

sitará los lugares apropiados, y no se pronunciará sino después de haber buscado los anopheles alados y sus larvas en varios puntos y en diferentes épocas del año, principalmente durante la estación insalubre. Son muchos los ejemplos de este género que se podrían citar, en los que los investigadores últimos han encontrado los anopheles en localidades palúdicas donde antes no se los había encontrado.

Los anopheles no son por sí mismos peligrosos, y no lo son mientras no se infecten chupando la sangre de los palúdicos, siendo necesario además que las evoluciones climáticas permitan la evolución del *H. Malariæ* en el cuerpo de estos culicidas. Es, pues, fácil de comprender que una región pueda sanearse á pesar de persistir los anopheles; cuando una población es pobre y vive en malas condiciones higiénicas en país palúdico, los enfermos son numerosos, se cuidan mal y los anopheles se infectan fácilmente; si las condiciones de higiene general se mejoran, el número de enfermos disminuye, se consulta al médico desde que se presenta un caso de fiebre, la quinina se distribuye ampliamente, y los anopheles, que no pueden infectarse, dejan de ser peligrosos. Más difícil de explicar es cómo hay en ciertos países localidades bastante salubres á pesar de existir numerosos anopheles; la verdad es que no todas las especies de anopheles son igualmente aptas para propagar el *H. Malariæ*. Ninguno de estos hechos creo que suministren ni un argumento en favor de la multiplicidad de las vías de infección del paludismo.

Un gran número de observadores ha admitido que las emanaciones del suelo y el polvo que invade la atmósfera en los grandes movimientos de tierras, desempeñan un papel importante en la etiología del paludismo. Pero esta es una interpretación de hechos que pueden explicarse de otro modo. La prueba de que los obreros son infectados, no por los polvos que respiran ó que ingieren durante el día, sino por los mosquitos que les pican por la noche, la suministra el hecho de que no contraen la fiebre cuando se les coloca al abrigo de las picaduras de los mosquitos. Si el polvo que invade la atmósfera pudiera provocar la fiebre, es evidente que la protección de la habitación por medio de telas metálicas sería ilusoria, y es bien sabido que un gran número de hechos hablan en favor de su eficacia profiláctica. Por lo que se refiere á las epidemias pequeñas en sitios no palúdicos concernientes á hechos antiguos, creo que es muy difícil llegar á una exacta conclusión; una investigación retrospectiva es imposible; sólo los hechos nuevos, sometidos á una investigación rigurosa, podrán demostrar si los movimientos de tierras pueden provocar la explosión de epidemias de paludismo sin la intervención de los anopheles. Si el polvo procedente del suelo es capaz de producir el paludismo, ¿cómo explicar que se pueda sanear completamente una localidad destruyendo los mosquitos? Y en este sentido, la experiencia de Ismailia es bien demostrativa; lo propio puede decirse de la Habana y de otras localidades, donde aquella destrucción ha ido seguida de la desaparición del paludismo.

Respecto á que las fiebres palúdicas debieran figurar en primera línea de las enfermedades contagiosas, si los anopheles fueran los principales agentes de transmisión, indicaré que varios casos de contagio han sido citados por los autores, que las pequeñas epidemias familiares no son raras

influencia etiológica. En ciertos casos que he observado las extirpaciones del apéndice no fueron seguidas de incidente alguno.

El Dr. Guinard: Me ha sorprendido oir afirmar que estas flebitis post apendiculares son raras. Quizá ocurra así en la infancia pero no en la edad adulta. Uno de mis discípulos ha reunido en su tesis gran número de observaciones de flebitis anteriores ó posteriores á la apendicectomía, algunas seguidas de embolia y de muerte. Recuerdo una operación de este género practicada en frío; el enfermo murió de repente á consecuencia de una embolia. Este caso debe incluirse en el grupo de las flebitis infecciosas profundas.

El Dr. Walther: He observado pocas veces estas flebitis en las grandes infecciones apendiculares. Pero en las infecciones ligeras consecutivas á la apendicectomía practicada en frío, son frecuentes y se manifiestan por síntomas acentuados, á veces sin que haya habido elevación de la temperatura ni supuración de la herida. Son flebitis subagudas más frecuentes á la izquierda. No me sorprende que se desconozca muchas veces su existencia. He visto en tres casos sobrevenir la muerte por embolia diez días después de la operación, cuyas consecuencias fueron apiréticas. Conozco otro caso que terminó por la muerte, aunque no se practicó la apendicectomía.

El Dr. Felizet: En la infancia, la flebitis post apendicular es rarísima.

El Dr. Broca: Todos estamos de acuerdo acerca de este último punto. En el único caso que he observado había exudación de la herida, lo que hace suponer una infección. Cuanto á la etiología, se desconoce; el hecho de que las enfermedades generales afectan de preferencia el lado izquierdo y hacen del hombre dos mitades, hasta cierto punto independientes, es innegable; la hipótesis de una infección de la vena epigástrica no explica todos los casos.

Utilidad de la reparación en dos tiempos de los traumatismos del conducto uretral.—El Dr. Legueu: En las rupturas de la uretra se aconseja suturar el conducto uretral. Es lo que se hace siempre. Ahora bien, si se analizan los resultados lejanos que se obtienen así, se observa que son casi siempre defectuosos. Lo he comprobado en un gran número de casos. Con la intervención inmediata se obtiene la reunión, por primera intención, de la piel, y en gran parte del conducto uretral; pero cuando se suprime la sonda permanente queda un trayecto fistuloso, los tejidos se impregnan de orina, y á consecuencia de esta impregnación se forman nudosidades y callosidades y una estrechez tan acentuada del conducto, que á los dos ó tres meses es imposible practicar el cateterismo. Es la regla, según he observado muchas veces en enfermos que habían sufrido en vano varias operaciones reparadoras ó en otros que ingresaron en el hospital algunos meses después del accidente.

Para subsanar este inconveniente puede hacerse la reparación en dos tiempos: en el primero se buscan los dos cabos de la uretra y se les fija en la piel. El posterior es á veces difícil de encontrar, y en este caso se practica el cateterismo retrógrado, que no agrava la situación, y durante algunas semanas se deja al enfermo orinar por la herida. Después, en un segundo tiempo, se cortan dos colgajos laterales y se forma un conducto tegumentario interpuesto entre los dos extremos de la uretra. Procediendo

así se evita la infiltración de los tejidos y la formación ulterior de una estrechez. El periné queda flexible, sin induraciones y se asegura la curación definitiva. Los resultados superficiales y profundos son excelentes.

El Dr. Bazy: No creo que esta conducta deba generalizarse. Aunque en algunos casos no debe intentarse, como hacemos todos hace mucho tiempo, practicar la sutura inmediata de la uretra, en otros puede practicarse sin inconveniente. He procedido así varias veces y las consecuencias han sido satisfactorias; lo mismo ha sucedido con ciertas estrecheces traumáticas. Algunas de ellas son análogas á ciertas estrecheces blenorrágicas, que es imposible curar por la dilatación. Sabemos, por otra parte, que es posible extirpar varios centímetros de tejido indurado, y obtener, no obstante, buenos resultados.

El Dr. Felizet: Todos sabemos que á veces es difícil encontrar, entre los tejidos inflamados, el cabo posterior de la uretra. Deseo preguntar al Dr. Legueu cómo consigue encontrar dicho cabo y fijarlo á la piel.

El Dr. Legueu: He encontrado siempre el cabo posterior sin emplear procedimiento alguno especial, excepto en un niño. Si es imposible encontrarle, practico el cateterismo retrógrado. Responderé al Dr. Bazy que me refiero principalmente á las rupturas totales de la uretra y á las grandes pérdidas de substancia. Mis resultados han sido buenos.

El Dr. Felizet: Sigo creyendo, como consecuencia de mis comprobaciones en el cadáver y en el niño, que no es posible encontrar el cabo posterior de la uretra.

El Dr. Hartmann: Acepto la opinión del Dr. Broca. Cuando hay ruptura de la uretra, la mayoría de los cirujanos se contentan con incindir primero el periné sin ocuparse de hacer el cateterismo retrógrado. Es imposible encontrar el extremo posterior del conducto uretral en medio de los coágulos.

El Dr. Poirier: No soy partidario del cateterismo retrógrado; acabo de practicarle hace tres semanas en un caso de ruptura de la uretra y de la vejiga.

El Dr. Broca: Este caso es distinto, porque nos ocupamos ahora sólo de las rupturas de la uretra.

El Dr. Legueu: He hecho el cateterismo retrógrado en un niño que presentaré, obteniendo uno de mis resultados más brillantes.—F. Toledo.

XIX CONGRESO FRANCÉS DE CIRUGÍA

Celebrado en París del 1.° al 6 de Octubre de 1906.

Cirugía de los gruesos troncos venosos. — El Dr. Lejars (ponente): La ligadura de los gruesos troncos venosos da resultados variables, según los casos; así, la de la vena porta es fatalmente mortal; en seis casos que existen de ligadura de la vena cava inferior, cuatro curaron y dos fallecieron á los pocos instantes, por lo cual es preferible, siempre que se pueda, recurrir mejor á la sutura que á la ligadura, aunque sea lateral.

En las ligaduras de la subclavia, tronco braquiocefálico y yugular inter-

con adherencias que haría imposible llevarlo á las bolsas; y siendo más discutible si en las retroparietales se debe intervenir, cosa que no cree el ponente.

Sujetos en que se debe practicar la orquidopexia. — Todo sujeto que tiene falta de descenso testicular sólo y la glándula se encuentre detenida en el conducto inguinal, debe operarse y hacer la fijación cruenta del testículo, teniendo el máximum de indicación en la época de la pubertad y debiendo hacerse en los adultos con objeto estético.

Sujetos que es necesario castrar. — Para esta operación es necesario tener en cuenta la bilateralidad de las lesiones y la edad.

Cuando el sujeto está en la segunda mitad de la vida no se debe tener reparo en practicar la castración, pero en la primera mitad las indicaciones son las siguientes: dificultades anatómicas, lesiones considerables de los elementos del cordón, sobre todo la atrofia del parénquima.

Orquidopepsia. Procedimientos. — Para operar una ectopia testicular es necesario descender el testículo y fijarlo.

Encontrado el testículo, su descenso debe ser el primer tiempo de toda intervención de la ectopia, siendo muy numerosos y peligrosos los obstáculos que se oponen á este tiempo operatorio, porque si bien las adherencias á la glándula y los resíduos del *gubernaculum* son inconvenientes fáciles de destruir, no ocurre lo mismo con la cortedad de los vasos y el cordón.

En 1902, Mignon presentó su ingenioso y audaz procedimiento, en el que preconizaba la sección completa de todos los elementos del cordón, excepto el conducto deferente, con lo que quitaba el obstáculo vascular ganando varios centímetros.

El alargamiento del conducto deferente por los procedimientos de Bidwed y Wood es menos aceptable que el procedimiento de Mignon.

Pasando revista á los métodos empleados para fijar el testículo, deduce que si se fija á las bolsas los puntos de sutura pueden dar origen á la infección de la glándula y del escroto, y que como el punto perfora la albugínea puede producir complicaciones serias.

No cree debe fijarse el testículo al del otro lado, porque no se debe exponer la glándula sana á complicaciones.

En cuanto á los procedimientos ideados para hacer la extensión contínua, si bien son muy ingeniosos, en la mayoría de los casos no producen utilidad alguna.

La fijación del cordón es un procedimiento más quirúrgico y más digno de confianza, siendo el mejor el de restaurar el conducto inguinal por el procedimiento de Bassini y fijar en esta restauración el conducto deferente.

Para las ectopias anormales no hay procedimientos, por ser atípicos.

Resultados funcionales.—*Fenómenos dolorosos.*—Bajo este punto de vista los resultados son perfectos, excepto en los casos excepcionales en que después de mucho tiempo han reaparecido los dolores obligando á la castración.

Reflejos genitales y virilidad. — Para que sean concluyentes las observaciones, deben serlo en ectopias bilaterales. Parecen dar resultado las intervenciones bajo el punto de vista del desarrollo macroscópico del testículo á condición de que la intervención se practique antes de la pubertad.

En la mayoría de los casos paralelamente al desenvolvimiento del testículo evoluciona la virilidad.

Fecundación.— No existe ninguna observación en la que un enfermo estéril antes de la intervención sea fecundo después de ella, y no sólo eso, sino que analizado el semen no se encuentra en él espermatozoides.

Tratamiento de las complicaciones.—Las *complicaciones dolorosas* son, propiamente hablando, un síntoma un poco anormal que exige la intervención, siendo la orquidopexia el tratamiento de elección cuando se puede hacer descender el testículo, y cuando esto no es posible hay que recurrir á la castración.

Estrangulación de la hernia concomitante.— Las complicaciones que pueden sobrevenir por la hernia que acompaña á la ectopia reclaman de ordinario una conducta radical. En efecto, como ha hecho notar Molière, la estrangulación tiene por causas en estos casos múltiples bridas, necesitando una abertura amplia del conducto inguinal, complicando el testículo ectopiado las maniobras hasta tal punto que en la generalidad de los casos es necesario la castración.

Los accidentes por la *torsión* revisten de ordinario forma tan grave, que necesitan la castración, excepto en los casos en que se puede intervenir pronto, esto es, antes que el esfacelo amenace la vitalidad del testículo. En las torsiones muy pronunciadas, cuando existen adherencias muy numerosas, se está obligado á quitar todo por la doble razón de que la disección es muy difícil y la imposibilidad de liberar el testículo para hacerle descender, y sobre todo por estar muy comprometida la vitalidad de la glándula.

Si la torsión es poco acentuada y los elementos del cordón están en estado de congestión sin esfacelo alguno, es necesario obrar como en los casos ordinarios.

Inflamación.— Las inflamaciones del testículo en ectopia son en algunas ocasiones causa de accidentes difíciles de precisar y que necesitan la intervención quirúrgica.

En los casos de orquitis con estrangulamiento testicular, si los síntomas son de gravedad media, se puede recurrir á los medios más sencillos, reposo, hielo, cataplasmas, baños, sanguijuelas, etc., y si no retroceden los accidentes rápidamente, es necesario intervenir.

La punción de la vaginal distendida ha mejorado y curado algunos enfermos, pero es necesario en general incindir la región donde está alojada la glándula inflamada, con lo cual se podrá reconocer si existen lesiones del intestino.

Si el testículo ectopiado está acompañado de *hidrocele*, se impone la intervención quirúrgica. No puede ser defendido el tratamiento por la punción, siendo necesario la cura radical.

La *degeneración del testículo* ectopiado es la complicación, en la que está más indicada la castración, siendo necesario operar lo más pronto y ampliamente posible.—M. Arquellada.

(Continuará).

---

con adherencias que haría imposible llevarlo á las bolsas; y siendo más discutible si en las retroparietales se debe intervenir, cosa que no cree el ponente.

Sujetos en que se debe practicar la orquidopexia. — Todo sujeto que tiene falta de descenso testicular sólo y la glándula se encuentre detenida en el conducto inguinal, debe operarse y hacer la fijación cruenta del testículo, teniendo el máximum de indicación en la época de la pubertad y debiendo hacerse en los adultos con objeto estético.

Sujetos que es necesario castrar. — Para esta operación es necesario tener en cuenta la bilateralidad de las lesiones y la edad.

Cuando el sujeto está en la segunda mitad de la vida no se debe tener reparo en practicar la castración, pero en la primera mitad las indicaciones son las siguientes: dificultades anatómicas, lesiones considerables de los elementos del cordón, sobre todo la atrofia del parénquima.

Orquidopepsia. Procedimientos. — Para operar una ectopia testicular es necesario descender el testículo y fijarlo.

Encontrado el testículo, su descenso debe ser el primer tiempo de toda intervención de la ectopia, siendo muy numerosos y peligrosos los obstáculos que se oponen á este tiempo operatorio, porque si bien las adherencias á la glándula y los residuos del *gubernaculum* son inconvenientes fáciles de destruir, no ocurre lo mismo con la cortedad de los vasos y el cordón.

En 1902, Mignon presentó su ingenioso y audaz procedimiento, en el que preconizaba la sección completa de todos los elementos del cordón, excepto el conducto deferente, con lo que quitaba el obstáculo vascular ganando varios centímetros.

El alargamiento del conducto deferente por los procedimientos de Bidwed y Wood es menos aceptable que el procedimiento de Mignon.

Pasando revista á los métodos empleados para fijar el testículo, deduce que si se fija á las bolsas los puntos de sutura pueden dar origen á la infección de la glándula y del escroto, y que como el punto perfora la albugínea puede producir complicaciones serias.

No cree debe fijarse el testículo al del otro lado, porque no se debe exponer la glándula sana á complicaciones.

En cuanto á los procedimientos ideados para hacer la extensión contínua, si bien son muy ingeniosos, en la mayoría de los casos no producen utilidad alguna.

La fijación del cordón es un procedimiento más quirúrgico y más digno de confianza, siendo el mejor el de restaurar el conducto inguinal por el procedimiento de Bassini y fijar en esta restauración el conducto deferente.

Para las ectopias anormales no hay procedimientos, por ser atípicos.

Resultados funcionales.—*Fenómenos dolorosos.*—Bajo este punto de vista los resultados son perfectos, excepto en los casos excepcionales en que después de mucho tiempo han reaparecido los dolores obligando á la castración.

Reflejos genitales y virilidad. — Para que sean concluyentes las observaciones, deben serlo en ectopias bilaterales. Parecen dar resultado las intervenciones bajo el punto de vista del desarrollo macroscópico del testículo á condición de que la intervención se practique antes de la pubertad.

En la mayoría de los casos paralelamente al desenvolvimiento del testículo evoluciona la virilidad.

Fecundación.— No existe ninguna observación en la que un enfermo estéril antes de la intervención sea fecundo después de ella, y no sólo eso, sino que analizado el semen no se encuentra en él espermatozoides.

Tratamiento de las complicaciones.—Las *complicaciones dolorosas* son, propiamente hablando, un síntoma un poco anormal que exige la intervención, siendo la orquidopexia el tratamiento de elección cuando se puede hacer descender el testículo, y cuando esto no es posible hay que recurrir á la castración.

Estrangulación de la hernia concomitante.— Las complicaciones que pueden sobrevenir por la hernia que acompaña á la ectopia reclaman de ordinario una conducta radical. En efecto, como ha hecho notar Molière, la estrangulación tiene por causas en estos casos múltiples bridas, necesitando una abertura amplia del conducto inguinal, complicando el testículo ectopiado las maniobras hasta tal punto que en la generalidad de los casos es necesario la castración.

Los accidentes por la *torsión* revisten de ordinario forma tan grave, que necesitan la castración, excepto en los casos en que se puede intervenir pronto, esto es, antes que el esfacelo amenace la vitalidad del testículo. En las torsiones muy pronunciadas, cuando existen adherencias muy numerosas, se está obligado á quitar todo por la doble razón de que la disección es muy difícil y la imposibilidad de liberar el testículo para hacerle descender, y sobre todo por estar muy comprometida la vitalidad de la glándula.

Si la torsión es poco acentuada y los elementos del cordón están en estado de congestión sin esfacelo alguno, es necesario obrar como en los casos ordinarios.

Inflamación.— Las inflamaciones del testículo en ectopia son en algunas ocasiones causa de accidentes difíciles de precisar y que necesitan la intervención quirúrgica.

En los casos de orquitis con estrangulamiento testicular, si los síntomas son de gravedad media, se puede recurrir á los medios más sencillos, reposo, hielo, cataplasmas, baños, sanguijuelas, etc., y si no retroceden los accidentes rápidamente, es necesario intervenir.

La punción de la vaginal distendida ha mejorado y curado algunos enfermos, pero es necesario en general incindir la región donde está alojada la glándula inflamada, con lo cual se podrá reconocer si existen lesiones del intestino.

Si el testículo ectopiado está acompañado de *hidrocele*, se impone la intervención quirúrgica. No puede ser defendido el tratamiento por la punción, siendo necesario la cura radical.

La *degeneración del testículo* ectopiado es la complicación, en la que está más indicada la castración, siendo necesario operar lo más pronto y ampliamente posible.—M. Arquellada.

(Continuará).

---

con adherencias que haría imposible llevarlo á las bolsas; y siendo más discutible si en las retroparietales se debe intervenir, cosa que no cree el ponente.

Sujetos en que se debe practicar la orquidopexia. — Todo sujeto que tiene falta de descenso testicular sólo y la glándula se encuentre detenida en el conducto inguinal, debe operarse y hacer la fijación cruenta del testículo, teniendo el máximum de indicación en la época de la pubertad y debiendo hacerse en los adultos con objeto estético.

Sujetos que es necesario castrar. — Para esta operación es necesario tener en cuenta la bilateralidad de las lesiones y la edad.

Cuando el sujeto está en la segunda mitad de la vida no se debe tener reparo en practicar la castración, pero en la primera mitad las indicaciones son las siguientes: dificultades anatómicas, lesiones considerables de los elementos del cordón, sobre todo la atrofia del parénquima.

Orquidopepsia. Procedimientos. — Para operar una ectopia testicular es necesario descender el testículo y fijarlo.

Encontrado el testículo, su descenso debe ser el primer tiempo de toda intervención de la ectopia, siendo muy numerosos y peligrosos los obstáculos que se oponen á este tiempo operatorio, porque si bien las adherencias á la glándula y los resíduos del *gubernaculum* son inconvenientes fáciles de destruir, no ocurre lo mismo con la cortedad de los vasos y el cordón.

En 1902, Mignon presentó su ingenioso y audaz procedimiento, en el que preconizaba la sección completa de todos los elementos del cordón, excepto el conducto deferente, con lo que quitaba el obstáculo vascular ganando varios centímetros.

El alargamiento del conducto deferente por los procedimientos de Bidwed y Wood es menos aceptable que el procedimiento de Mignon.

Pasando revista á los métodos empleados para fijar el testículo, deduce que si se fija á las bolsas los puntos de sutura pueden dar origen á la infección de la glándula y del escroto, y que como el punto perfora la albugínea puede producir complicaciones serias.

No cree debe fijarse el testículo al del otro lado, porque no se debe exponer la glándula sana á complicaciones.

En cuanto á los procedimientos ideados para hacer la extensión contínua, si bien son muy ingeniosos, en la mayoría de los casos no producen utilidad alguna.

La fijación del cordón es un procedimiento más quirúrgico y más digno de confianza, siendo el mejor el de restaurar el conducto inguinal por el procedimiento de Bassini y fijar en esta restauración el conducto deferente.

Para las ectopias anormales no hay procedimientos, por ser atípicos.

" Resultados funcionales.—*Fenómenos dolorosos.*—Bajo este punto de vista los resultados son perfectos, excepto en los casos excepcionales en que después de mucho tiempo han reaparecido los dolores obligando á la castración.

Reflejos genitales y virilidad. — Para que sean concluyentes las observaciones, deben serlo en ectopias bilaterales. Parecen dar resultado las intervenciones bajo el punto de vista del desarrollo macroscópico del testículo á condición de que la intervención se practique antes de la pubertad.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 23 de Octubre de 1906 (1).

Dilatación del corazón. — El Dr. *A. M. Gossage* dijo que la dilatación del corazón depende de la pérdida de tonicidad de sus fibras musculares. La contracción cardíaca es de origen muscular. Las propiedades del miocardio son la excitación rítmica, la excitabilidad, la conductibilidad, la contractilidad y la tonicidad, que pueden aumentar ó disminuir por el influjo nervioso ó por otras causas y afectarse aisladamente. La contracción principia en los grandes troncos venosos; igual que la excitación puede producirse con mayor rapidez en este punto, pero es posible estudiar el ritmo en los ventrículos, para lo cual basta excitarlos artificialmente con la rapidez necesaria. La dilatación cardíaca es debida á la disminución de tonicidad y está asociada con un aumento en la energía de la excitación, de la excitabilidad y quizá de la contractibilidad. La tonicidad puede ser aumentada por ciertos medicamentos, por ejemplo, la digital. Este aumento es seguido de disminución del grado de la excitación, de la excitabilidad y, en ciertos casos, de la contractilidad y conductibilidad.

El origen del ritmo cardíaco normal en las grandes venas se explica por la tonicidad excesiva de los ventrículos, que supera á todas las demás propiedades del miocardio, lo que hace que la excitación se produzca con gran lentitud. Al perder la tonicidad los ventrículos se hacen más excitables que el resto del corazón, lo que origina los sístoles extraventriculares, y con la pérdida excesiva de la tonicidad la excitación puede producirse con mayor rapidez en los ventrículos y el ritmo nace en ellos. La idea de que la tonicidad es mayor en los ventrículos, se funda en el trabajo más considerable que deben ejecutar y en los resultados de los experimentos practicados con la antiarina, la que obra sobre los ventrículos con mucha mayor energía que sobre el resto del corazón; la antiarina obra principalmente aumentando la tonicidad.

El Dr. *A. Morison* cree que la dilatación cardíaca es debida á la pérdida de tonicidad del miocardio, pero esta teoría no es nueva. Su causa no se ha precisado aún. En la función de cada víscera interviene más de un factor. La pérdida de la tonicidad coincide siempre con trastornos del riego sanguíneo y de la inervación. Los órganos de función más rítmica son los que mejor provistos están de elementos nerviosos. No cree que la contracción cardíaca sea de origen miógeno.

El Dr. *E. I. Spriggs* dijo que la dilatación cardíaca es debida á más de un factor mecánico.

El Dr. *J. Hay* negó que cuando aumenta la tonicidad disminuyan las demás funciones. La disolución sódica, transfundida á través del corazón, se ha demostrado que aumenta, no sólo la tonicidad, sino también la frecuencia de las contracciones de este órgano. Las disoluciones poco concentradas de digital, empleadas de la misma manera, hacen primero más

(1) Primera del curso académico actual.

lentas estas contracciones, después más rápidas y por último más fuertes. La lentitud de las contracciones se ha demostrado que es debida á la acción del medicamento sobre las terminaciones cardíacas terminales del neumogástrico. No puede apreciarse si la tonicidad es de igual naturaleza que la contractilidad.

El Dr. *Wenckebach* dijo que era partidario de la teoría miógena. ¿Cuál es el excitante de la contracción cardíaca? ¿Procede de los nervios ó del miocardio? Las propiedades del miocardio pueden alterarse independientemente una de otra. No se ha demostrado que la pérdida de tonicidad sea el término final de toda acción cardíaca; no es una cualidad bien definida, y se desconoce la relación de la tonicidad con la contractilidad.

(*The British Med. Journal*). — F. Toledo.

PERIÓDICOS

Peligros de la punción de los quistes de equinococos. — El Dr. Zickelbach refiere dos casos en que la punción de quistes de equinococos fué seguida de síntomas graves. En el primero (equinococo del pulmón derecho) á la hora de haber practicado la punción sobrevinieron opresión, disnea, náuseas y debilidad de la función cardíaca; al poco tiempo elevación de temperatura y soñolencia, y á las nueve horas de la punción falleció el enfermo.

En el segundo caso (equinococo del hígado), la intervención quirúrgica fué seguida más rápidamente aún de síntomas todavía más graves, y aunque se procedió en el acto á operar al enfermo, no sólo no se alivió éste, sino que se agravaron los síntomas y acarrearon la muerte al quinto día.

En estos casos, los graves síntomas que se presentan deben reconocer por causa la toxicidad del líquido quístico.

(*Wiener Klin. Wochenschrift*). — R. del Valle.

Tratamiento de la angina de pecho. — Lo primero que debe procurarse en estos casos, dice el Dr. G. A. Gibson, es descubrir la causa productora para suprimirla á ser posible. Entre las causas que ocasionan la angina de pecho merecen citarse la distensión abdominal, los trastornos de la circulación pulmonar y la supresión de las secreciones cutánea y renal, que obran aumentando la presión sanguínea. Durante el acceso es necesario aliviar al enfermo lo antes posible, siendo importantísimos los medicamentos que rebajan la presión sanguínea, por ejemplo, los nitritos y los yoduros. El más eficaz de todos por la rapidez de su acción es el nitrito de amilo. El nitrito de butilo y el yoduro de etilo en inhalaciones á la dosis de 5 gotas, son también eficaces. Tienen el inconveniente de provocar cefalalgia y malestar. El Dr. Gibson recomienda, como medicación eficaz contra el ataque de angina de pecho, la asociación del yoduro de etilo y del cloroformo; pueden administrarse en cápsulas á la dosis de 5 gotas del primero, por 10 del segundo. Son útiles también los estimulantes, alcohol, acetato

amónico, etc., y el calor aplicado sobre el pecho. El enfermo se colocará de modo que respire con comodidad aire, lo más puro posible.

En los intervalos de los ataques se emplea un régimen que evite la flatulencia. El enfermo hará ejercicio moderado (en caso de imposibilidad será sometido al amasamiento), evitando el trabajo intelectual excesivo. El tratamiento farmacéutico varía según la causa. En las anginas de causa orgánica se emplean los yoduros asociados al arsénico, para evitar el yodismo. Para rebajar la presión sanguínea se usan los vasodilatadores. La nitroglicerina es de gran utilidad. Si se observan síntomas de debilidad del corazón se emplean los tónicos cardíacos, por ejemplo, el estrofanto combinado con la nuez vómica, y se obliga al enfermo á permanecer en reposo.

En la angina de pecho refleja, después de averiguada y suprimida la causa, cuando es posible, se administran los bromuros, que disminuyen la irritabilidad nerviosa. Si la enfermedad reviste la forma vasomotora, los medicamentos más útiles son los nitritos. El Dr. Gibson ha empleado con éxito el extracto tiróideo en un caso de angina de pecho que presentaba síntomas análogos á los de la enfermedad de Raynaud.

(*The Practitioner*, septiembre 1906). — F. Toledo.

Intoxicación con el ortoformo. — Refiere el Dr. A. Schmidt que en un caso de úlcera de la pierna sumamente dolorosa, en que se empleó el ortoformo como analgésico y antiséptico, cesaron los dolores á los pocos minutos, durando esta calma unas diez horas. Habiéndose continuado con este tratamiento dos semanas, se desarrolló una erupción de pápulas grandes y rojas y de placas eritematosas por casi todo el cuerpo. La úlcera se volvió gangrenosa y la piel circundante se puso amarilla y edematosa. Al mismo tiempo aumentaron considerablemente la temperatura y la frecuencia del pulso, y se presentó cefalalgia. Todos estos síntomas se aliviaron tan pronto como se suprimió el ortoformo.

(*Montreal med. journal*). — R. del Valle.

Tratamiento abortivo de los forúnculos. — El tratamiento abortivo de los forúnculos recomendado por el Dr. A. Vikentiev es eficacísimo, según este autor. Consiste en jabonar enérgicamente el forúnculo con la tintura de jabón potásico; luego se lava con alcohol de 40 á 50 grados y se extiende sobre la lesión una capa, lo más delgada posible, de algodón hidrófilo empapado en el mismo alcohol empleado para el lavatorio. El algodón se deja aplicado hasta que se evapora por completo el líquido. Después se jabona de nuevo el forúnculo, pero esta vez se deja la espuma jabonosa y no se aplica cura alguna. En la mayor parte de los casos, basta una intervención de este género para que aborte el forúnculo, si no ha supurado. Otras veces es preciso repetir el tratamiento, que es eficaz, aunque el forúnculo haya supurado, porque hace más breve el período de supuración.

(*Rev. de ter. medico-chirurgicale*, 1.° octubre 1906).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

NOTAS CLÍNICAS

POR EL

DOCTOR D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico de número, por oposición, del Hospital provincial de Madrid.

I. Un caso de erisipela. — II. Un caso de pielitis del embarazo.

I

N. N., de diecisiete años, natural y vecino de Madrid, dependiente de comercio, de constitución bastante robusta y de muy buena salud habitual, cayó enfermo con una angina ligera, de forma al parecer catarral, el 17 de septiembre de 1906.

En sus antecedentes personales y en los de su familia, no había ningún dato que pudiera relacionarse con el padecimiento referido ni tampoco con el que sobrevino después. Pues es el caso que á los tres días de iniciada la angina se presentó un brote de erisipela en el carrillo derecho.

Como se trata de un enfermo que no asistí desde el primer momento, no he podido llegar á averiguar si la afección erisipelatosa se debía considerar como consecuencia ó propagación de la angina ó como dolencia que por casualidad sobrevino después de esta última. Me inclino, sin embargo, á la primera hipótesis, no sólo porque es sabido que hay erisipelas, y yo he visto algún otro caso de éstos, que se inician por una afección tonsilar, sino también y muy principalmente porque la afección bucofaríngea persistió aun después de iniciada la erisipela. De todas suertes, esta última tampoco presentó nada de particular en todo su curso. Más aún, no obstante la gravedad que el caso llegó á adquirir, la afección cutánea, ni por su intensidad ni por su duración—unos ocho días—ni por su extensión,

difirió de otras muchas que evolucionan sin ningún síntoma alarmante. Y hasta se ven casos de erisipelas localmente de peor aspecto y con síntomas generales mucho más benignos que los del caso actual.

Tratada la enfermedad con embrocaciones de colodion ictiolado, y para combatir la fiebre, que nunca llegó á 40°, con la quina y la quinina, no revistió gravedad en los tres ó cuatro primeros días; mas pasado este plazo, el delirio alto y persistente, el estupor y el aplanamiento hicieron temer por el éxito final y motivaron de parte de la familia la reclamación del concurso de algún otro colega para la asistencia del paciente. Llamado por esta causa, propuse, y fué aceptada mi propuesta, el empleo del cloral para hacer dormir al enfermo, á fin de proporcionar á su sistema nervioso siquiera el descanso nocturno, tan reparador en todos los estados, y más principalmente en los de excitación continua, sea la que fuere su causa.

Al proponer el hidrato de cloral, no obstante venir quedando un poco relegado al olvido este medicamento de algún tiempo á esta parte, me indujeron á ello las consideraciones siguientes: Primeramente su solubilidad, que le hace más pronto y fácilmente absorbible que muchos de los hipnóticos modernos insolubles ó poco menos, y en segundo término el hecho de que esta misma cualidad favorece su administración en forma líquida, ventaja no pequeña en los enfermos que se resisten á tomar toda clase de medicamentos. Respecto al temor de afectar al corazón, temor que tiene mucho menos fundamento del que se ha supuesto, pues administrando el cloral con prudencia no sobreviene por tal motivo el menor percance, había para desecharle en el caso actual las circunstancias favorables de tratarse de un joven sano y robusto, y muy principalmente la de que la acción del corazón se mantenía enérgica, pues el pulso no era excesivamente frecuente y se conservaba regular y lleno.

Mas como quiera que á pesar de haberse logrado, aunque nada más que en parte, el efecto de hacer dormir al enfermo, continuaba el delirio alto y persistente y el estado adinámico, se pensó en el suero antiestreptocócico, y mientras éste se adquiría, en la hidroterapia.

No era muy alta la temperatura, como ya se ha dicho, pero sí muy sostenida, pues aun por la mañana apenas bajaba algún día de 39°, pero es sabido que los baños en las enfermedades febriles no se usan tan sólo para rebajar el calor. Obran también manteniendo la función de la piel, activando la diuresis y como tónicos y á la vez

sedantes del sistema nervioso; motivos, sobre todo el último, más que suficientes para decidirme á proponer un baño á la caída de la tarde, el primer día de 30° centígrados y diez minutos de duración, y los días siguientes de 28° centígrados y la misma permanencia en el agua.

El efecto de la balneación fué evidente, pero poco duradero. La calma que el agua fría proporcionaba al sistema nervioso era bastante pasajera, y una vez disipado el efecto benéfico, la situación era la misma que antes, mejor dicho, cada día era peor que el anterior.

Como á todo esto no fué posible adquirir un suero estreptocócico de confianza, me resolví á emplear otros dos medios: el gorro de hielo y las sanguijuelas al ano; estas últimas tan sólo una noche.

Pensar que el delirio febril pueda ser ocasionado por la congestión cerebral, no se me ocurrió ni por un solo momento. Hoy es la opinión corriente, y á ella me adhiero sin restricción alguna, la de que el delirio en estos casos es de origen tóxico-infeccioso. Las toxinas, cuya existencia hay que admitir por lo que nos enseña la experimentación, más aún que por lo que nos dice la clínica, son, sin duda, la causa fundamental del trastorno nervioso febril, así como de otros muchos de los que sobrevienen en el curso de las pirexias. La elevación de temperatura no debe ser, sin embargo, ajena á la génesis de tales trastornos y en especial del delirio, puesto que lo mismo en el caso actual que en otros muchos análogos, basta un descenso térmico provocado por la hidroterapia, y, aunque no tanto, por otros medios, para hacer desaparecer el delirio ó disminuir por lo menos su intensidad. Y no es de creer que obre el descenso térmico neutralizando toxinas; por hoy, al menos, no hay razón suficiente para pensar así. Parece lo más natural suponer que gracias al descenso de temperatura, el cerebro se hace menos impresionable á la acción de los principios tóxicos de origen infeccioso.

Sólo por no ser incompleto, no quiero dejar de decir que acaso se haya tratado en este enfermo de un individuo de esos que deliran aun teniendo poca fiebre. Pero no hay que olvidar tampoco que no era sólo el delirio lo que alarmaba, sino, sobre todo, el estado de adinamia que coincidía con él.

Ahora bien, si interpreto el delirio como producido por la infección y no por la congestión cerebral, ¿por qué razón creí útiles las emisiones sanguíneas á las márgenes del ano? Pues sencillamente

y que los individuos palúdicos pueden importar la enfermedad á localidades hasta entonces salubres, si en ellas existen anopheles y las condiciones climáticas son favorables. Los partidarios de la doctrina anophélica no tienen necesidad de menospreciar las enseñanzas del pasado; al contrario, por mi parte, me he esforzado en demostrar que aquélla estaba de acuerdo con éstas. La temperatura tiene una influencia considerable sobre la evolución de la endemo-epidemia palúdica, lo cual concuerda muy bien con nuestros conocimientos actuales acerca del papel de los mosquitos en la propagación del paludismo. La influencia bien conocida de las lluvias abundantes sobre la recrudescencia de la endemia palustre, se explica también porque dichas lluvias multiplican los depósitos de aguas estancadas propicias al desarrollo de los mosquitos. La doctrina anophélica confirma y explica por qué conviene huir, en los países palúdicos, de las hondonadas y establecerse en las alturas; los anopheles prefieren los valles hondos, donde el aire circula mal, y la vecindad de las corrientes de agua, y en cambio huyen de las alturas bien ventiladas. La seguridad de que se goza en el centro de las poblaciones, mientras el paludismo devasta los campos vecinos, también se explica fácilmente, puesto que se sabe que los anopheles penetran rara vez en el centro de las aglomeraciones urbanas. De antiguo se sabe que en país palúdico es peligroso salir de noche y, sobre todo, dormir al aire libre, lo cual explica la doctrina anophélica, puesto que estos mosquitos no pican más que por la tarde ó durante la noche, y los que duermen están más expuestos á las picaduras de los mosquitos que los que están despiertos, puesto que no se defienden contra dichos insectos.

En resumen: ninguna de las objeciones hechas á la doctrina anophélica es irrefutable; ninguno de los hechos invocados por el Dr. Kelsch demuestra la necesidad de admitir, aparte de la transmisión por los anopheles, otro medio de propagación del paludismo. A los experimentos rigurosísimos, que no permiten poner en duda el papel de los anopheles, los partidarios de la etiología telúrica no oponen más que hechos poco precisos y antiguos, lo que hace toda investigación etiológica imposible. Esto no quiere decir que nada quede que añadir á las recientes adquisiciones de la ciencia; sería muy presuntuoso y muy imprudente el que declarara que las condiciones en las cuales se propaga el paludismo no retienen ningún secreto para nosotros. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 16 de Octubre de 1906.

Invaginación intestinal infantil. — El Dr. Kirmisson: En prueba de que la operación debe ser precoz en el niño, según recomendaba en la sesión anterior, citaré el caso de una niña de veintiún meses que ingresó en mi clínica esta semana. La enfermita tuvo enteritis en agosto y en septiembre. El 6 del mes actual presentó fiebre, dolores abdominales, y dos días después expulsó sangre por el ano. Al día siguiente los accidentes se agravaron,

complicándose con vómitos; fué conducida al hospital en estado grave. Se practicó sin perder tiempo la laparotomía, descubriéndose una invaginación en el lado izquierdo, la que se corrigió fácilmente y sin que hubiera esfacelo intestinal. Sin embargo, la niña murió diez horas después de la operación, que se practicó á las cuarenta y cinco de principiar los accidentes. Este retraso fué sin duda la causa de la muerte.

Nunca se repetirá bastante que es preciso operar sin perder tiempo, como se hace en la hernia estrangulada y las apendicitis y el éxito será así satisfactorio.

Apendicectomía. — El Dr. Broca: El profesor Dieulafoy nos ha comunicado la observación de un hombre de veintitrés años, operado después del tercer ataque de apendicitis. La operación fué fácil y la herida curó sin supurar. A los trece días de operado este enfermo el Dr. Dieulafoy observó un ligero derrame de serosidad sanguinolenta en un punto de la cicatriz, y descubrió además flebitis del miembro inferior izquierdo. Estas flebitis del miembro inferior se han interpretado de distinto modo. El Dr. Dieulafoy cree que puede culparse á la movilidad relativa en que se deja al miembro inferior izquierdo durante las curas y el período de reposo. He observado varias veces esta complicación después de kelotomías practicadas en el lado derecho; desconozco el motivo y el invocado por nuestro colega es discutible.

El Dr. Routier: El año anterior operé una apendicitis pasado el período de agudeza. La operación duró sólo unos cuantos minutos, y no hubo después fiebre. A los ocho días separé los hilos de sutura, y á las pocas horas la enferma, una joven, presentó accidentes graves de embolias, sin que se hubiera observado el menor indicio de flebitis. Tres días después hubo un nuevo ictus que se repitió á los ocho días; finalmente se presentaron signos de flebitis, primero en el lado izquierdo y después en el derecho, y en cuanto adquirieron su máximum de desarrollo cesaron las crisis.

El Dr. Potherat: No he observado más que un caso de flebitis después de la apendicectomía. El enfermo, de cuarenta y cinco años, tenía un foco purulento considerable y flebitis doble que había principiado en el lado izquierdo. Este caso era de origen infeccioso indudable.

El Dr. Tuffier: Como la flebitis es manifestación de una enfermedad general, no debe sorprender que aparezca en el lado izquierdo, porque sabemos que en estas enfermedades es dicho lado el que se interesa. Conviene manifestar que dichas flebitis son de ordinario tan poco intensas que suele desconocerse su existencia.

El Dr. Legueu: Creo que es necesario distinguir las flebitis que sobrevienen en el curso de las grandes infecciones, de las que aparecen más ó menos tiempo después de una apendicectomía operada en frío, operación que es en general simple y no exige maniobras complicadas; en estas condiciones sorprende la flebitis. No he observado más que dos ejemplos. Respecto á la etiología la desconozco en absoluto.

El Dr. Kirmisson: Esta complicación es rarísima en la infancia; jamás la he observado. A propósito de la etiología recuerdo haber leído que cierto autor alemán culpa á una herida de la vena epigástrica.

El Dr. Routier: Es fácil invocar la infección, pero es difícil probar su

y que los individuos palúdicos pueden importar la enfermedad á localidades hasta entonces salubres, si en ellas existen anopheles y las condiciones climáticas son favorables. Los partidarios de la doctrina anophélica no tienen necesidad de menospreciar las enseñanzas del pasado; al contrario, por mi parte, me he esforzado en demostrar que aquélla estaba de acuerdo con éstas. La temperatura tiene una influencia considerable sobre la evolución de la endemo-epidemia palúdica, lo cual concuerda muy bien con nuestros conocimientos actuales acerca del papel de los mosquitos en la propagación del paludismo. La influencia bien conocida de las lluvias abundantes sobre la recrudescencia de la endemia palustre, se explica también porque dichas lluvias multiplican los depósitos de aguas estancadas propicias al desarrollo de los mosquitos. La doctrina anophélica confirma y explica por qué conviene huir, en los países palúdicos, de las hondonadas y establecerse en las alturas; los anopheles prefieren los valles hondos, donde el aire circula mal, y la vecindad de las corrientes de agua, y en cambio huyen de las alturas bien ventiladas. La seguridad de que se goza en el centro de las poblaciones, mientras el paludismo devasta los campos vecinos, también se explica fácilmente, puesto que se sabe que los anopheles penetran rara vez en el centro de las aglomeraciones urbanas. De antiguo se sabe que en país palúdico es peligroso salir de noche y, sobre todo, dormir al aire libre, lo cual explica la doctrina anophélica, puesto que estos mosquitos no pican más que por la tarde ó durante la noche, y los que duermen están más expuestos á las picaduras de los mosquitos que los que están despiertos, puesto que no se defienden contra dichos insectos.

En resumen: ninguna de las objeciones hechas á la doctrina anophélica es irrefutable; ninguno de los hechos invocados por el Dr. Kelsch demuestra la necesidad de admitir, aparte de la transmisión por los anopheles, otro medio de propagación del paludismo. A los experimentos rigurosísimos, que no permiten poner en duda el papel de los anopheles, los partidarios de la etiología telúrica no oponen más que hechos poco precisos y antiguos, lo que hace toda investigación etiológica imposible. Esto no quiere decir que nada quede que añadir á las recientes adquisiciones de la ciencia; sería muy presuntuoso y muy imprudente el que declarara que las condiciones en las cuales se propaga el paludismo no retienen ningún secreto para nosotros. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 16 de Octubre de 1906.

Invaginación intestinal infantil. — El Dr. Kirmisson: En prueba de que la operación debe ser precoz en el niño, según recomendaba en la sesión anterior, citaré el caso de una niña de veintiún meses que ingresó en mi clínica esta semana. La enfermita tuvo enteritis en agosto y en septiembre. El 6 del mes actual presentó fiebre, dolores abdominales, y dos días después expulsó sangre por el ano. Al día siguiente los accidentes se agravaron,

complicándose con vómitos; fué conducida al hospital en estado grave. Se practicó sin perder tiempo la laparotomía, descubriéndose una invaginación en el lado izquierdo, la que se corrigió fácilmente y sin que hubiera esfacelo intestinal. Sin embargo, la niña murió diez horas después de la operación, que se practicó á las cuarenta y cinco de principiar los accidentes. Este retraso fué sin duda la causa de la muerte.

Nunca se repetirá bastante que es preciso operar sin perder tiempo, como se hace en la hernia estrangulada y las apendicitis y el éxito será así satisfactorio.

Apendicectomía.— El Dr. Broca: El profesor Dieulafoy nos ha comunicado la observación de un hombre de veintitrés años, operado después del tercer ataque de apendicitis. La operación fué fácil y la herida curó sin supurar. A los trece días de operado este enfermo el Dr. Dieulafoy observó un ligero derrame de serosidad sanguinolenta en un punto de la cicatriz, y descubrió además flebitis del miembro inferior izquierdo. Estas flebitis del miembro inferior se han interpretado de distinto modo. El Dr. Dieulafoy cree que puede culparse á la movilidad relativa en que se deja al miembro inferior izquierdo durante las curas y el período de reposo. He observado varias veces esta complicación después de kelotomías practicadas en el lado derecho; desconozco el motivo y el invocado por nuestro colega es discutible.

El Dr. Routier: El año anterior operé una apendicitis pasado el período de agudeza. La operación duró sólo unos cuantos minutos, y no hubo después fiebre. A los ocho días separé los hilos de sutura, y á las pocas horas la enferma, una joven, presentó accidentes graves de embolias, sin que se hubiera observado el menor indicio de flebitis. Tres días después hubo un nuevo ictus que se repitió á los ocho días; finalmente se presentaron signos de flebitis, primero en el lado izquierdo y después en el derecho, y en cuanto adquirieron su máximum de desarrollo cesaron las crisis.

El Dr. Potherat: No he observado más que un caso de flebitis después de la apendicectomía. El enfermo, de cuarenta y cinco años, tenía un foco purulento considerable y flebitis doble que había principiado en el lado izquierdo. Este caso era de origen infeccioso indudable.

El Dr. Tuffier: Como la flebitis es manifestación de una enfermedad general, no debe sorprender que aparezca en el lado izquierdo, porque sabemos que en estas enfermedades es dicho lado el que se interesa. Conviene manifestar que dichas flebitis son de ordinario tan poco intensas que suele desconocerse su existencia.

El Dr. Legueu: Creo que es necesario distinguir las flebitis que sobrevienen en el curso de las grandes infecciones, de las que aparecen más ó menos tiempo después de una apendicectomía operada en frío, operación que es en general simple y no exige maniobras complicadas; en estas condiciones sorprende la flebitis. No he observado más que dos ejemplos. Respecto á la etiología la desconozco en absoluto.

El Dr. Kirmisson: Esta complicación es rarísima en la infancia; jamás la he observado. A propósito de la etiología recuerdo haber leído que cierto autor alemán culpa á una herida de la vena epigástrica.

El Dr. Routier: Es fácil invocar la infección, pero es difícil probar su

influencia etiológica. En ciertos casos que he observado las extirpaciones del apéndice no fueron seguidas de incidente alguno.

El Dr. Guinard: Me ha sorprendido oir afirmar que estas flebitis post apendiculares son raras. Quizá ocurra así en la infancia pero no en la edad adulta. Uno de mis discípulos ha reunido en su tesis gran número de observaciones de flebitis anteriores ó posteriores á la apendicectomía, algunas seguidas de embolia y de muerte. Recuerdo una operación de este género practicada en frío; el enfermo murió de repente á consecuencia de una embolia. Este caso debe incluirse en el grupo de las flebitis infecciosas profundas.

El Dr. Walther: He observado pocas veces estas flebitis en las grandes infecciones apendiculares. Pero en las infecciones ligeras consecutivas á la apendicectomía practicada en frío, son frecuentes y se manifiestan por síntomas acentuados, á veces sin que haya habido elevación de la temperatura ni supuración de la herida. Son flebitis subagudas más frecuentes á la izquierda. No me sorprende que se desconozca muchas veces su existencia. He visto en tres casos sobrevenir la muerte por embolia diez días después de la operación, cuyas consecuencias fueron apiréticas. Conozco otro caso que terminó por la muerte, aunque no se practicó la apendicectomía.

El Dr. Felizet: En la infancia, la flebitis post apendicular es rarísima.

El Dr. Broca: Todos estamos de acuerdo acerca de este último punto. En el único caso que he observado había exudación de la herida, lo que hace suponer una infección. Cuanto á la etiología, se desconoce; el hecho de que las enfermedades generales afectan de preferencia el lado izquierdo y hacen del hombre dos mitades, hasta cierto punto independientes, es innegable; la hipótesis de una infección de la vena epigástrica no explica todos los casos.

Utilidad de la reparación en dos tiempos de los traumatismos del conducto uretral.—El Dr. Legueu: En las rupturas de la uretra se aconseja suturar el conducto uretral. Es lo que se hace siempre. Ahora bien, si se analizan los resultados lejanos que se obtienen así, se observa que son casi siempre defectuosos. Lo he comprobado en un gran número de casos. Con la intervención inmediata se obtiene la reunión, por primera intención, de la piel, y en gran parte del conducto uretral; pero cuando se suprime la sonda permanente queda un trayecto fistuloso, los tejidos se impregnan de orina, y á consecuencia de esta impregnación se forman nudosidades y callosidades y una estrechez tan acentuada del conducto, que á los dos ó tres meses es imposible practicar el cateterismo. Es la regla, según he observado muchas veces en enfermos que habían sufrido en vano varias operaciones reparadoras ó en otros que ingresaron en el hospital algunos meses después del accidente.

Para subsanar este inconveniente puede hacerse la reparación en dos tiempos: en el primero se buscan los dos cabos de la uretra y se les fija en la piel. El posterior es á veces difícil de encontrar, y en este caso se practica el cateterismo retrógrado, que no agrava la situación, y durante algunas semanas se deja al enfermo orinar por la herida. Después, en un segundo tiempo, se cortan dos colgajos laterales y se forma un conducto tegumentario interpuesto entre los dos extremos de la uretra. Procediendo

así se evita la infiltración de los tejidos y la formación ulterior de una estrechez. El periné queda flexible, sin induraciones y se asegura la curación definitiva. Los resultados superficiales y profundos son excelentes.

El Dr. Bazy: No creo que esta conducta deba generalizarse. Aunque en algunos casos no debe intentarse, como hacemos todos hace mucho tiempo, practicar la sutura inmediata de la uretra, en otros puede practicarse sin inconveniente. He procedido así varias veces y las consecuencias han sido satisfactorias; lo mismo ha sucedido con ciertas estrecheces traumáticas. Algunas de ellas son análogas á ciertas estrecheces blenorrágicas, que es imposible curar por la dilatación. Sabemos, por otra parte, que es posible extirpar varios centímetros de tejido indurado, y obtener, no obstante, buenos resultados.

El Dr. Felizet: Todos sabemos que á veces es difícil encontrar, entre los tejidos inflamados, el cabo posterior de la uretra. Deseo preguntar al Dr. Legueu cómo consigue encontrar dicho cabo y fijarlo á la piel.

El Dr. Legueu: He encontrado siempre el cabo posterior sin emplear procedimiento alguno especial, excepto en un niño. Si es imposible encontrarle, practico el cateterismo retrógrado. Responderé al Dr. Bazy que me refiero principalmente á las rupturas totales de la uretra y á las grandes pérdidas de substancia. Mis resultados han sido buenos.

El Dr. Felizet: Sigo creyendo, como consecuencia de mis comprobaciones en el cadáver y en el niño, que no es posible encontrar el cabo posterior de la uretra.

El Dr. Hartmann: Acepto la opinión del Dr. Broca. Cuando hay ruptura de la uretra, la mayoría de los cirujanos se contentan con incindir primero el periné sin ocuparse de hacer el cateterismo retrógrado. Es imposible encontrar el extremo posterior del conducto uretral en medio de los coágulos.

El Dr. Poirier: No soy partidario del cateterismo retrógrado; acabo de practicarle hace tres semanas en un caso de ruptura de la uretra y de la vejiga.

El Dr. Broca: Este caso es distinto, porque nos ocupamos ahora sólo de las rupturas de la uretra.

El Dr. Legueu: He hecho el cateterismo retrógrado en un niño que presentaré, obteniendo uno de mis resultados más brillantes.—F. Toledo.

XIX CONGRESO FRANCÉS DE CIRUGÍA

Celebrado en París del 1.° al 6 de Octubre de 1906.

Cirugía de los gruesos troncos venosos. — El Dr. Lejars (ponente): La ligadura de los gruesos troncos venosos da resultados variables, según los casos; así, la de la vena porta es fatalmente mortal; en seis casos que existen de ligadura de la vena cava inferior, cuatro curaron y dos fallecieron á los pocos instantes, por lo cual es preferible, siempre que se pueda, recurrir mejor á la sutura que á la ligadura, aunque sea lateral.

En las ligaduras de la subclavia, tronco braquiocefálico y yugular inter-

A los niños se les asegura en el Orfelinato: alojamiento sano, vida al aire libre, toda vez que se les dedica á la agricultura, alimentación higiénica y abundante, limpieza, trabajo reglamentado y moderado. A los trece años dejan de ir á la escuela y se les destina, según sus aptitudes, á jardinería, viticultura ó agricultura. El valor de la estancia, incluyendo todo gasto, no pasa de 1'25 francos.

Los resultados de esta vida han sido patentes. La tuberculosis es casi desconocida en San Martín; sólo han muerto en tan largo período cinco niños, tres de ellos tuberculosos; uno ingresó estando enfermo, y otro estaba ya contaminado. Hoy, ante raros accidentes, no se permite la entrada á los enfermos. Aparte de este efecto inmediato, la acción lejana, que es la más interesante, se ha revelado favorablemente: de los niños salidos, sólo dos no han sido apreciados luego; de los demás, únicamente dos sucumbieron á la tuberculosis. Esta estadística, que abraza un largo período, quita importancia á la heredopredisposición y autoriza para afirmar que *los hijos de tuberculosos, educados en condiciones higiénicas convenientes, ofrecen una probabilidad de supervivencia igual á* 97 : 100.

De los 25 niños que había en el Orfelinato al hacerse el estudio, 20 son de origen tuberculoso, y sus hermanos, verdaderos testigos, han sucumbido á la tuberculosis.

Estos datos, reveladores de una verdadera experimentación, son en extremo elocuentes y confirman lo dicho por Grancher: «para combatir victoriosamente la tuberculosis en el obrero hay que adelantarse á ella, no seguirla».

Las colonias agrícolas son un medio tan eficaz como económico. Añado que por su buena educación moral y profesional son solicitados como obreros agrícolas.

II. La infección puerperal es causada ordinariamente por estreptococos y contra ella hay hoy medios suficientes; siendo raros los casos mortales, pero la producida por estafilococos, por fortuna infrecuentísima, es por regla general muy grave y contra ella estamos casi desarmados. Un buen caso clínico de esta última variedad, terminado en la muerte, ha sido narrado por el Dr. Lop, de Marsella (*Gaz. des hôp.*, 1906); una de sus características es la intensidad y precocidad (horas) de la infección.

Con este motivo reune todas las publicadas, quince, de las cuales siete acabaron mal, ignorándose cómo terminaron cuatro de las ocho restantes. Por fortuna, si la terapéutica es casi inútil, la profilaxis, bien empleada, puede evitar infección tan seria.

III. La diversidad de formas clínicas, la distinta evolución y gravedad de la anemia anquilostomiásica, la falta de relación entre el número de anquilostomas y el grado de la anemia y el prestigio de que gozan hoy las intoxicaciones en toda suerte de padecimientos infectivos, han traído al campo científico la hipótesis tóxica de la anquilostomiasis. Esta hipótesis fué iniciada desde poco después del descubrimiento del parásito y ha sido objeto de numerosos estudios. Si, como acto vital, vierte el anquilostoma una substancia tóxica en el intestino, ésta puede obrar directamente sobre la sangre, destruyendo los hematíes, y sobre los órganos hematopoiéticos, inhibiéndolos y perturbando su función hasta el punto de hacerlos insuficientes para reparar las hemorragias, si es que no obra también sobre el quimismo digestivo y produce una mala asimilación.

Los experimentos sobre la toxicidad de la orina y suero de los anquilostomiásicos; las investigaciones sobre los cambios nutritivos, el poder hemolítico del suero, del jugo glandular de los enfermos (Alessandrini) ó del cuerpo mismo del parásito, confirmaron, en principio, la hipótesis, si bien divergieron en cuanto al modo de explicar la acción tóxica, admitida sencillamente por unos, tenida por otros como hemolítica (Gabbi y Vadalá, Alessandrini, etc.), por algunos como inhibidora de la hematopoiesis (Schupfer y De Rossi); sólo unos pocos niegan la influencia de la hemorragia, que es para Liefmann la única causa de la anemia.

Desde otro punto de vista, experimentando con otros helmintos, Weiland observó que el jugo de tenia entorpecía la acción de algunos fermentos digestivos; pero este hecho no ha sido demostrado para el anquilostoma.

Por último, ciertos fenómenos morbosos que aparecen en la helmintiasis (enteritis por irritacion mecánica con todas sus consecuencias: trastornos digestivos y de absorción, aumento de procesos fermentativos, etc., Allaria) son los causantes de los hechos. Además, Cao, Naab y otros no admiten la toxicidad de los helmintos.

En vista de tantas discrepancias, C. Poggio (*Anchilostomiasi e anchilostomoanemia.—Il Tommasi*, 1906), aprovechando seis enfermos, sin tara alguna, ha emprendido investigaciones biológicas y experimentales muy bien hechas. Narra muy detenidamente cada uno de estos casos clínicos, en todos los cuales ha estudiado muy bien la sangre y las materias fecales en todos conceptos, así como los resultados de sus experimentos en otros enfermos y en animales. De su hermoso estudio deduce:

«La anemia puede existir sin enteritis, sin enfermedades concomitantes, en individuos que antes de la invasión estaban en condiciones completamente normales; no hay más que dos fatores que existan indudable y constantemente en la anquilostomiasis: la hemorragia y la intoxicación.

»A ellos hay que añadir con frecuencia la cooperación de varios factores puramente individuales, que por su constancia, por la facilidad con que se prestan á explicar los varios casos y síntomas clínicos, deben ser considerados en su conjunto como la causa principal del proceso anémico. Admitiendo tal mecanismo, se explica cómo la anemia no es con frecuencia proporcional al número de anquilostomas y cómo presenta ora el tipo escuetamente clorótico, ora el de la anemia secundaria, ora, en fin, el de la anemia grave esencial.

»Tales variedades dependerán de que prevalezca una ú otra de estas causas.

»Por ahora no puede establecerse de qué modo la toxina desarrolla su acción: hay muchos hechos que permiten aceptar su existencia, pero la prueba directa de su acción hemolítica, admitida por varios autores, no existe todavía».

IV. Entre otros riesgos, los establecimientos que albergan niños y las escuelas de toda categoría son fuente de propagación de enfermedades infecciosas, siendo las oculares las que deben ocupar la primera fila. G. Gérard trata de esta importante materia (*Les affections oculaires contagieuses dans les crèches et les écoles publiques. Projet de création d'infirmèries scolaires.* — *L'Echo méd. du Nord*, 1906).

Divide dichos establecimientos en dos grupos: 1.°, liceos, colegios y otros superiores, que son los mejores atendidos, sea por los padres, sea por los directores, siendo raro que se conviertan en foco de infección, pues de ordinario el primer caso es aislado en la casa del alumno ó en la enfermería, ya que casi todos los niños ó jóvenes son de la clase media; 2.°, casas-cunas, asilos, escuelas maternales, escuelas primarias, etc., que reciben obligatoriamente los niños de las clases más pobres, los huérfanos y abandonados, etc. En las *casas-cunas* son endémicas las afecciones conjuntivales, hay siempre *conjuntivitis aguda contagiosa* (el autor se refiere á la casa-cuna del hospicio general de Lille), de cuando en cuando epidémica, y no es rara la *oftalmia purulenta*. En las *escuelas primarias y maternales*, no son infrecuentes estos dos padecimientos, así como la *con-*

juntivitis granulosa, la pneumocócica y la diftérica; pero la vigilancia médica suele evitar malas consecuencias.

Ante estos riesgos, propone el autor, además de la más severa vigilancia médica, no siempre secundada por los directores, que los niños enfermos, cuyos padres no siempre los atienden bien y que de ordinario pasan el día en la calle diseminando el estado infectivo, los dos medios siguientes: 1.°, que los maestros eduquen teórica y prácticamente á los alumnos en cuanto se refiere á profilaxis y limpieza; 2.°, que se creen enfermerías escolares á donde vayan diariamente los niños á ser curados y en donde puedan permanecer todo el día hasta su curación.

V. Behring opina que es tal la predisposición de los niños de pecho para la tuberculosis, que por regla general entonces es cuando la adquieren y tras largo tiempo de latencia puede aparecer con sus manifestaciones características.

Se ha procurado robustecer esta opinión con investigaciones anatómicas y métodos biológicos. Aquéllos han de limitarse al cadáver y no valen nada de ser negativas, habiendo demostrado Weichselbaum y Bartel que puede un organismo estar hace años infecto por los bacilos tuberculosos y no encontrarse en la autopsia lesiones características. Estos han sido ensayados por Beitzke, quien buscaba el bacilo en la sangre, pero las cantidades que manejara eran muy pequeñas y sus resultados negativos no deben ser tenidos en cuenta, y por Schlossmann, quien se valía de la peligrosa tuberculina.

Salge (*Jahrb. f. Kinder.*, 1906), ha recurrido á la aglutinación tal como la practica Koch. De ella se ha dicho que puede faltar en casos no dudosos de tuberculosis y que puede existir sin que la autopsia confirme la infección. Ha estudiado, no un suero sólo, sino varios simultáneamente para diferenciarlos mejor. En 80 niños, sólo 9 mayores de un año, ha encontrado la reacción en 20 casos, pero no siempre la tuberculosis al hacer la autopsia, hecho que indica que al principio de la lucha sólo hay la aglutinación. Deduce que la infección tuberculosa es frecuente en el niño durante la lactancia, que no siempre produce lesiones anatómicas y que la opinión de Behring no es confirmada en todos los casos con la autopsia.

VI. El Dr. H. Ferré estudia en su tesis (París, 1906) un importante y embrollado asunto (*De certaines infections secondaires d'origine buccale*), formulando estas conclusiones:

1.ª En todas las estomatitis se encuentra, no una especie micro-

biana específica, sino una asociación de microbios saprófitos. Los unos, aunque constantes (asociación fuso-espirilar de Vincent), no parecen susceptibles de generalizarse; los otros (pneumococo, estreptococo, enterococo, etc.) son capaces de difundirse por el organismo. Sólo la estomatitis aftosa (fiebre aftosa de los bóvidos) es una estomatitis específica debida al microbio invisible de Löffler y Uhlenhat.

2.ª La estomatitis ulceromembranosa es la forma anatómica que resume la infección bucal y comprende todas las estomatitis (estomatitis mercurial, estomatitis llamadas tóxicas: plomo, bismuto, fósforo), gingivitis, artritis alveolodentaria, accidentes infecciosos de la muela del juicio. Es inoculable y contagiosa.

3.ª Las supuraciones peribucales (osteítis, adenitis, flemones del suelo de la boca), ciertas sinusitis, ciertas meningitis, son debidas á una estomatitis.

4.ª La pulmonía, las broncopneumonías, algunos casos de gangrena pulmonar, algunas dispepsias crónicas, algunas enteritis, son causadas por una exageración de la virulencia de uno ó de varios gérmenes saprófitos de la boca.

5.ª El reumatismo articular agudo parece ser una infección por microbios saprófitos, cuya puerta de entrada es bucal, tal como demuestran recientes investigaciones bacteriológicas, epidemiológicas y hematológicas.

6.ª La diabetes, que parece ser en algunos casos de origen infeccioso, no es contagiosa por sí misma, pero la piorrea alveolodentaria, causa frecuente de la diabetes, sí es contagiosa.

7.ª La albuminuria puede ser producida exclusivamente por la piorrea alveolodentaria.

8.ª En ciertos casos las manifestaciones de la artritis pueden tener como causa primitiva una infección de origen bucal.

9.ª La profilaxis de todas las infecciones consiste esencialmente en la asepsis rigorosa de la cavidad bucal, tanto en el niño como en el adulto.

VII. Un hecho clínico, muy bien estudiado por el Dr. Féré, contribuye á demostrar que la precocidad, preludio frecuente de una evolución anormal, puede ir seguida de una impotencia sexual prematura.

Trata, además, de la influencia del estado de los padres en el acto del coito sobre los hijos, no siendo raro ver que, sin herencia, hay una neuropatía ó una psicopatía con tara somática, que debe atri-

buirse á una convalecencia, al cansancio, á realizar el acto *más por deber que por deseo.*

Un padre, robusto, tiene cuatro hijos sanos y un quinto imbécil; no hubo herencia infecciosa, pero sí un estado de agotamiento del padre por infidelidad conyugal.

Un matrimonio de veintidos años de fecha (cincuenta y uno el padre y treinta y ocho la madre), sin antecedentes nerviosos ni tara alguna, permanece doce años infecundo. En pos de un accidente yendo en coche, que produce conmoción violenta, queda el marido impotente. A los diez años, después de inútiles tentativas, una serie de sortilegios y otros procedimientos análogos producen erección y fecunda á su esposa; el embarazo y parto normales, no hubo más coito después de este *relámpago*, el niño nació sano y siguió una evolución normal hasta que, transcurridos varios años, sufrió una detención física é intelectual, apareciendo algunos signos de idiocia.

Este último caso despierta una duda: ¿se debería el retardo más que á esa cópula, provocada con tanto artificio, á la edad del padre? Y esta duda motiva una pregunta: ¿hasta qué edad la fecundación puede dar un producto normal? Esta edad no parece tener límite determinado. Féré ha visto hijos normales de padres de setenta y dos y setenta y cinco años, que podían cumplir sin esfuerzo el acto del coito; en cambio, hay jóvenes, hombres de cuarenta años, que necesitan estímulos para poder realizarlo.

Sea como sea, á la fecundación no debe irse agotado, y menos bajo la acción de toda suerte de afrodisiacos. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1906).

VIII. La epidemia de meningitis cerebro espinal sufrida por Silesia ha motivado investigaciones que confirman la idea del origen faríngeo de la meningitis meningocócica.

A. Ostermann (*Deuts. med. Wochens.*, 1906) ha estudiado el hecho en seis familias, en todas las cuales hubo enfermos. En los individuos que se libraron de la infección, ha tomado una pequeña cantidad de moco nasofaríngeo y ha hecho siembras, comprobando en varios de ellos la presencia de los meningococos, sin género alguno de duda. En algunos había á la sazón catarro nasofaríngeo, en otros había existido, en otros no se notó ni antes ni después.

Continuando sus investigaciones, ha podido demostrar que los portadores de meningococos con rinitis han contaminado á sus compañeros de taller ó de escuela, constituyendo el punto de partida de focos epidémicos en puntos hasta entonces libres de meningitis. Ex-

perimentos en extremo ingeniosos han demostrado que estos individuos, tosiendo, estornudando y hasta hablando, pueden proyectar microbios hasta medio metro de distancia y motivar el desarrollo de colonias típicas de meningococo en cajas de agar-ascitis, colocadas á esta distancia de la boca.

Varias tentativas hechas han demostrado que no hay medio de hacer desaparecer el meningococo, pudiendo este microbio permanecer largo tiempo en la cavidad nasofaríngea sin que sea dable desalojarlo de ella.

El autor, en vista de sus estudios, acepta sin titubear que esta meningitis es una localización secundaria por vía de circulación general, y establece en consonancia los preceptos higiénicos que estima convenientes.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

La basicina. — El Dr. D. Emilio Pérez Noguera publica en *Los Nuevos Remedios* el artículo siguiente:

«Es una combinación muy soluble de cafeína y quinina, ideada por Kreidmann, con objeto de poder administrar grandes dosis del segundo de dichos alcaloides en inyecciones hipodérmicas, pues si bien la quinopirina y el clorhidrato carbamidado de quinina reunían las condiciones necesarias de solubilidad para responder á dicho objeto, la primera desarrollaba una acción bastante peligrosa sobre el corazón, y la segunda, enteramente desprovista de tales inconvenientes, desenvolvía efectos medicinales muy poco activos.

El producto que estudiamos contiene dos partes de quinina y una de cafeína, se disuelve en todas las proporciones de agua, y sus soluciones, que se conservan indefinidamente sin precipitar, presentan un color amarillento. Los álcalis y los ácidos las descomponen.

Pero lo más interesante de dicho compuesto es la propiedad que posee de admitir en disolución muchos alcaloides activos, tales como la atropina, hiosciamina, pilocarpina, eserina y estricnina en cantidad necesaria para llenar todo género de indicaciones terapéuticas, adquiriendo propiedades unas veces muy semejantes á las de las antitoxinas y otras análogas á los medicamentos del grupo de la digital ó de los opiáceos.

Por otra parte, combinada con la berberina, el cornezuelo de centeno, la zarzaparrilla, el hierro, el arsénico y los extractos narcóticos, desarrolla

efectos de carácter específico en gran número de enfermedades crónicas.

Dichas combinaciones de basicina pueden administrarse por la boca en inyecciones hipodérmicas ó bajo forma de fricciones sobre la piel.

He aquí algunas fórmulas publicadas por el autor en el *Deutsche Medicinische Wochenschrift*:

Sulfato de atropina	1 centígramo.
Basicina / Agua destilada	d. c. c. 10 gramos.

Atropina	25 miligramos.
Basicina	5 gramos.
Agua destilada	10 —

Para inyecciones hipodérmicas contra la difteria de los niños.

Nitrato de estricnina	6 centígramos.
Basicina / Agua destilada	d. c. c. 9 gramos.

Para inyecciones hipodérmicas.

Clorhidrato de pilocarpina	10 centígramos.
Basicina / Agua destilada	d. c. c. 7'50 gramos.

Para muchos enfermos estas soluciones resultan demasiado concentradas, y para evitar este inconveniente Kreidmann prepara una solución de reserva á partes iguales, con la que puede obtener, según las necesidades, solutos medicamentosos en diversos grados de concentración desde 1 á 8.

Para fricciones recomienda la preparación siguiente:

Basicina	5 gramos.
Cloroformo	37'50 —
Alcohol	12'50 —
Aceite de olivas	45 —

En las enfermedades agudas se practicarán de tres á cuatro fricciones diarias, y una sola cada veinticuatro horas en las enfermedades crónicas.

Hasta ahora se ha recomendado el citado producto en la tuberculosis, enfermedades mentales, procesos febriles, neuralgias, insomnio, paludismo y reumatismo agudo; pero, según el autor, existen otras muchas indicaciones que se propone demostrar más adelante.

Una sola inyección de $^1/_2$ gramo de basicina al día basta para hacer desaparecer temperaturas hipertérmicas de 40°. La solución de atropina en basicina posee una acción narcótica tan enérgica como la morfina y mucho menos peligrosa que la de esta última.

El nuevo remedio que nos ocupa parece resultar inofensivo, aun cuando se prolongue su uso durante largo tiempo. El autor asegura viene tomando, desde hace diecisiete años, de $^1/_2$ á 1 gramo de basicina por día, sin experimentar el menor trastorno, á pesar de haber ingerido durante este tiempo unos 6 kilogramos, por lo menos, de la expresada droga.

No ha podido fijar la dosis tóxica en el hombre; pero considera que su actividad terapéutica se manifiesta entre $^1/_2$ á 1 gramo en las veinticuatro horas.

La administración de la quinina y la cafeína libres no producen los mismos resultados que la basicina, pues se trata de una combinación química especial que se diferencia de los alcaloides que la constituyen por su punto de fusión y por su modo de obrar en el organismo.

En cuanto á la intensidad de sus efectos, 60 centígramos equivalen á 1 gramo de quinina y 20 centígramos á 30 de cafeína. Tampoco desenvuelve ninguno de los fenómenos de intolerancia característicos de dichos alcaloides.

Creemos debe esperarse la aparición de nuevos trabajos experimentales que confirmen las maravillas relatadas por el autor; pero aun prescindiendo de cuantas exageraciones pudiera haber en las apreciaciones antes expuestas, siempre resultará que la basicina es una preparación muy soluble de quinina, de efectos terapéuticos mucho más constantes y acentuados, y cuyo empleo puede sernos muy útil en calidad de antitérmico y antipalúdico, sobre todo cuando se trate de formas graves ó perniciosas de la malaria».

Hidrocele. Rotura espontánea de la albugínea. — El Dr. Camps y Mercadal, médico en San Cristóbal, de Menorca, publica en *El Criterio Católico en las Ciencias médicas*, el siguiente caso, interesantísimo por su rareza :

«A primeros del pasado septiembre se me presentó *l'amo Biel*....., de Ferrerías, de unos cincuenta y cinco años de edad, labrador, robusto, casado, y que creí sin tara ninguna apreciable, hasta que me exhibió un hidrocele de gran tamaño. Venía para que le practicase la punción; le recomendé intentar la cura radical, ejecutada cuanto antes; convino en ello, y me citó para uno de aquellos días, diciéndome al despedirse : — El año pasado por estas fechas estaba como ahora el tumor, que me había empezado con el año, y á consecuencia de un esfuerzo que hice durante el coito, *se me fundió*. Los médicos que consulté cinco meses más tarde, para que me lo puncionaran, pues se volvió á llenar, no quisieron creerme.— Bien, os creo yo, le dije; pero no es de esperar se repita el fenómeno.

Y efectivamente, para enseñarme de pronósticos, el fenómeno se repitió casi en el mismo día aniversario del primero y con el mismo esfuerzo. Creía se le había roto la cinta del suspensorio. Se me presentó el hombre, y en el sitio del hidrocele encontré algo de ingurgitación serosa, muy notable en el pene, que pinché con la cánula de la jeringuilla de Pravaz; pero nada de hidrocele : se había *fundido*, como decía *l'amo Biel*..... La extravasación hidroserosa le causó unos días de vago malestar, tuvo sudores abundantes y abundante diuresis, y á los pocos días quedó el escroto como si le hubiesen practicado punción y vaciado bien hechos.

¿Se volverá á llenar la albugínea?.... Claro que sí. ¿Se volverá á romper?..... No seré yo quien lo niegue en redondo : con un *pronóstico* que no se cumplió, me basta». — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 24 de Octubre de 1906.

Invaginación intestinal recidivante. — El Dr. Mauclaire: He observado dos casos de invaginación intestinal recidivante. El primero recayó en un niño de dos años que padecía invaginación colo-ilíaca. Practiqué la laparotomía y desinvaginé el intestino sin dificultad alguna. A los dieciocho días se reprodujo de nuevo la invaginación. Volví á operarle con idea de practicar una colopexia ó una mesopexia para evitar una nueva recidiva, pero el mal estado en que encontré el intestino me obligó á practicar su resección. El enfermito murió al poco tiempo. En el segundo caso se trataba de una joven de quince años que padeció dieciocho meses antes invaginación intestinal, la que curó espontáneamente. Los fenómenos de invaginación se reprodujeron, y á los ocho días de presentarse fuí llamado para ver á la enferma. La invaginación estaba localizada en la última parte del intestino delgado y se complicaba con peritonitis generalizada. A causa del mal estado del intestino, tuve que practicar la resección intestinal con anastomosis laterolateral. La enferma murió al día siguiente.

Apendicitis y flebitis de las extremidades inferiores.—El Dr. Toussaint: Creo interesante citar un hecho que acabo de observar. El enfermo era un militar joven. Padeció apendicitis, que fué tratada por los medios médicos. A las seis semanas, y cuando estaba ya casi curado, se presentaron los signos clásicos de una flebitis del miembro inferior izquierdo, contra la cual se emplearon los medios que se recomiendan en tales casos. Cuarenta días después, cuando la flebitis se había propagado hasta el triángulo de Scarpa, se presentaron de repente síntomas graves de embolia pulmonar, reproduciéndose los síntomas de apendicitis. La orina era albuminosa. Practiqué la laparotomía y encontré un absceso peri-apendicular, del que salieron 250 gramos de pus. No pude descubrir el apéndice y me limité á hacer el desagüe, con lo que curó mi enfermo. Deduzco de este hecho que cuando existe un foco infeccioso capaz de producir la trombosis de las venas inmediatas, debe intervenirse sin perder tiempo.

Tuberculoma ileocecal hipertrófico.—El Dr. Hartmann: El Dr. Michon ha remitido á la Sociedad la observación siguiente, única en su género. La enferma, de veintiséis años, sintió de repente, ocho días antes de ingresar en el hospital, dolores agudos en la fosa ilíaca derecha, dolores que iban acompañados de vómitos y reacción típica de defensa muscular cerca del punto de Mac Burney. Esta crisis duró cuarenta y ocho horas y cedió á beneficio del tratamiento clásico, persistiendo sólo algo de dolor. Algunas semanas

después, creyendo que el período de agudeza de esta apendicitis, pues como tal se diagnosticó, había pasado, practicó la laparotomía con idea de extirpar el apéndice, pero vió que no se trataba de apendicitis, sino de un tumor que interesaba los últimos 5 centímetros del íleon. Resecó esta parte del intestino y restableció la continuidad intestinal por medio de la enteroanastomosis. El examen del tumor demostró que se trataba de un tuberculoma hipertrófico de la terminación del íleon. El ciego estaba completamente sano, pero los ganglios retrocecales se hallaban hipertrofiados. La estenosis no era muy acentuada. Toda la pared del íleon, pero sobre todo la túnica submucosa, se hallaba sembrada de tubérculos típicos que contenía en abundancia bacilos de Koch. La mucosa no estaba ulcerada y su aspecto era casi normal. Este caso es interesante por varios conceptos: primero porque hasta ahora semejante forma de tuberculoma hipertrófico estenosante sólo se ha observado en el colon ó en el ciego; segundo porque la enferma en cuestión carecía de antecedentes que hicieran sospechar la tuberculosis; y tercero porque los síntomas fueron tan confusos que hicieron sospechar se trataba de una apendicitis.

El Dr. Routier: He observado un caso análogo al del Dr. Michon. La enferma prèsentaba los mismos síntomas. Practiqué la laparatomía y encontré un tuberculoma del íleon propagado hasta el recto, que traté por la resección ileocecal. La enferma se encontró bien por el pronto, pero á las pocas semanas se formó en la cicatriz un absceso, que fué necesario abrir; quedó una fístula, que no he conseguido curar.

El Dr. Berger: He observado también un tuberculoma del íleon hipertrófico y estenosante. Como era imposible extirparle á causa de su volumen, me limité á practicar la anastomosis ileocólica. El enfermo mejoró durante un año, pero sucumbió al fin á consecuencia de la generalización de las lesiones por todo el abdomen.

Cuatro casos de gestación extrauterina sin ruptura.—El Dr. J. L. Faure: El Dr. Lapeyre, de Tolosa, ha observado cuatro casos de este género. En el primero se trataba de un embarazo tubario. A los dos meses y medio la enferma expulsó una caduca. A los cinco meses sintió dolores abdominales y hemorragias uterinas, y hubo necesidad de intervenir; la bolsa fetal fué extirpada en bloque, curando la enferma. La segunda mujer tenía un embarazo peritoneal, que produjo accidentes graves hacia el séptimo mes. Practicada la laparotomía se encontró un feto de seis meses, muerto hacía algún tiempo. Se extirpó el feto y la placenta, marsupializándose la bolsa fetal, con lo que se obtuvo la curación. El tercer caso era de embarazo tubario, que llegó casi á su término sin que fuera posible hacer el diagnóstico exacto. Como la enferma tenía vómitos incoercibles, consultó con un tocólogo, que intentó en vano provocar el parto. El Dr. Lapeyre tuvo que operar de urgencia á esta enferma, y al hacerlo necesitó incindir la placenta, lo que produjo una hemorragia abundante; el feto fué extraído vivo, pero murió al poco tiempo. La enferma curó después de haber presentado accidentes post operatorios gravísimos, entre ellos parálisis de los cuatro miembros. La cuarta enferma era una mujer de veintisiete años; á las seis semanas de ingresar en el hospital tuvo un parto natural. Ingresó en el hospital á causa de un tumor de la fosa ilíaca derecha, que se diagnosticó

de quiste del ovario. Algunas semanas después del parto se practicó la laparatomía, encontrándose un quiste, que se extirpó entre dos ligaduras. Abierto el quiste, se vió que contenía un feto de cuatro meses, muérto hacía algún tiempo.

Cree el Dr. Lapeyre que en este último caso se trataba de un embarazo normal, que sobrevino después de otro tubario, contenido en su marcha por la muerte del feto, ó á un embarazo normal que sobrevino en el curso de otro tubario en plena evolución (superfetación), y cuyo feto murió después. Creo que se trata de un embarazo gemelo, y que ambos fetos se desarrollaron á la vez, en la trompa uno y en el útero otro.

Quiste hidatídico hepático abierto en las vías biliares.—El Dr. Terrier: La enferma objeto de esta observación padecía dolores, que simulaban cólicos hepáticos, é ingresó en el hospital con ictericia y tumefacción en el hipocondrio derecho. Practicada la laparatomía, se encontró la vesícula biliar distendida, y al punzarla salió abundante líquido bilioso y purulento. El cateterismo de las vías biliares permitió extraer lodo biliar y membranas hidatídicas. Se colocó un tubo de desagüe en el colédoco y se taponó la herida. La enferma murió en la mesa de operaciones. Al practicar la autopsia se encontró en el interior del hígado una gran cavidad quística que comunicaba con la rama izquierda del conducto hepático, en la que se abren casi siempre dichos quistes.

Sarcoma ciático recidivante. — El Dr. Walther: El sarcoma voluminoso del nervio ciático que presento me ha obligado á practicar ayer mismo la desarticulación de la cadera. Esta enferma fué operada hace siete meses por el Dr. Potherat, quien extirpó el tumor disociando las fibras del nervio. — F. Toledo.

XIX CONGRESO FRANCÉS DE CIRUGÍA

Celebrado en París del 1.° al 6 de Octubre de 1906.

(Conclusión)

Afecciones quirúrgicas del abdomen.—El Sr. *Antray* ha intervenido en siete casos de heridas del estómago, habiendo obtenido cuatro curaciones y tres muertes. Insiste principalmente en la necesidad de crear una amplia abertura en el epiplón gastrocólico, siendo en muchos casos insuficiente para explorar la pared posterior del estómago, y para lo cual es necesario practicar la gastrotomía, á pesar de que esta maniobra agrava el pronóstico de la intervención.

El Sr. *Saramand* cree que la mejor vía para llegar á la cara posterior del estómago, es la transcondrocostal, que es la vía de acceso al hipocondrio izquierdo.

El Sr. *Zawaski* (de Varsovia) dice que en 20 casos en que ha intervenido por herida gástrica, en todos ha podido explorar la pared posterior por vía transepiplóica.

El Sr. *Legueu* refiere tres observaciones de herida del hígado por armas

[illegible]

El Dr. *Korbanow* [illegible]

El Dr. *Pozzi* [illegible]

El Dr. *Cron* [illegible]

El Dr. *Lagrange* acaba de recurrir á la histeropexia abdominal cuando el útero ha sido herido en el curso de extirpación de tumores anexiales, ó cuando el cirujano ha practicado una miomectomía.

La histeropexia practicada ampliamente da una peritonización perfecta, que se puede en rigor completar con el drenaje de Douglas.

El Dr. *Vinque* refiere dos observaciones de carcinoma primitivo del ovario con formaciones endoepiteliales, que clínicamente se caracterizan por una malignidad con gran rapidez á la recidiva y gran tendencia á la generalización.

El Dr. *Lamberti* ha observado un caso interesante de *sendecáncer inflamatorio* del *colon* transverso, que trató por la *ilioesigmoidectomía*.

El enfermo estaba muy delgado, casi raquítico, presentando trastornos de circulación intestinal, demostrando el examen la existencia de dos tumores, el uno voluminoso, al nivel del colon transverso, y el otro, más pequeño, sobre el ciego. Siendo imposible la extirpación, se hizo una *ilioesigmoidectomía*, con exclusión unilateral del intestino; tres semanas después desaparecieron los tumores y el enfermo se restableció en poco tiempo.

El Dr. *Begonin* (de Burdeos) refiere un caso de *embarazo abdominal con retención fetal de veintiún años*. Se trata de una mujer que ya había tenido un niño á los diecinueve años y un aborto á los veinticuatro, y volvió á quedar embarazada á los treinta y tres. En el tercer mes de su embarazo presentó accidentes graves de hematoceles, que se repitieron, atenuados, al cuarto mes; el embarazo continuó, sintiéndose los movimientos del niño y los latidos del corazón; al noveno mes falso trabajo de veinticuatro horas y

muerte del feto, que estuvo veintiún años en la cavidad abdominal, determinando trastornos insignificantes; pero al cabo de tres meses determinó dolores muy vivos, etc.; que obligaron á practicar la laparotomía, la cual permitió extraer un feto muy adherido, muriendo la madre tres meses después de oclusión intestinal.

El Sr. *Jayle* llama la atención sobre algunas *estenosis* ó *atrepsia espontánea del cuello uterino* ó del conducto cervical, sobrevenida en las mujeres que han tenido uno ó varios niños, pero que no han sufrido cauterización en el cuello del útero.

El Sr. *Delangre* (de Tournai) aconseja la resección del cordón en la cura radical de algunas hernias inguinales voluminosas. La reproducción después de la cura radical es debida al hecho de que las vísceras empujan contra la pared que se encuentra distendida, porque el cordón está sobrecargado de grasa, dejando una vía virtual que, convertida en real, da salida al intestino ó al epiplón. En esto se funda el efecto útil de la resección del cordón para asegurar la oclusión completa de la brecha inguinal. Cita tres casos en apoyo de su manera de pensar.

El Sr. *Prisenteau* (de Burichaux) ha observado cinco casos y operado tres de *hernia epigástrica en el niño.* Estas hernias son debidas á un defecto de desenvolvimiento de alguna de las inserciones internas de los músculos rectos. Como técnica aconseja la sutura en acabalgamiento de los labios del orificio para las hernias pequeñas; para las grandes utiliza un colgajo aponeurótico, con el cual cierra el orificio.

El Sr. *Bandet* da á conocer un procedimiento para curar las amplias eventracciones abdominales, que consiste en volver á reponer, por medio de suturas, las aponeurosis de inserción de los dos músculos oblicuos mayores.

Broncoesofagoscopia. — El Sr. *Guisez* da á conocer sus últimos casos de broncoesofagoscopia, siendo la sexta vez que ha podido extraer cuerpos extraños de los bronquios por *broncoscopia.*

Presenta además un joven de dieciseis años, al que, por medio del esofagoscopio, ha operado un estrechamiento valvular congénito del esófago.

Tratamiento de las gibosidades pótticas. — El Sr. *P. Redard* presenta la estadística de ocho años, indicando los resultados obtenidos por el *método de enderezamiento forzado* en el tratamiento de las gibosidades pótticas. Este enderezamiento forzado da excelentes resultados cuando la deformación es al principio reductible. Está contraindicada en las gibosidades antiguas y en las anquilosis. Aplicadas con su técnica, están exentas de todo peligro empleando, ó el *enderezamiento fozado*, ó la posición del *raquis en hiperestensión.*

El enderezamiento forzado se obtiene con su aparato de extensión, que actúa sobre las extremidades del sujeto colocado en posición ventral sobre una tabla horizontal, fijando en un vendaje enyesado la corrección obtenida.

La hiperestensión en las *lordosis* se realiza por medio de un aparato muy sencillo constituído por dos arcos metálicos que se fijan por sus extremos en diferentes puntos de la mesa y por medio de los cuales con gran facilidad se modifica la lordosis.

Se coloca á [illegible] la extremidad del muñón y se pone el vendaje empleado con gran facilidad y rapidez. Mientras se [illegible] mantiene [illegible] que la extremidad el paso.

Esta técnica, según su autor, está muy indicada en la práctica hospitalaria.

Los Sres. Borrow y Sabo preconizan el vendaje empleado con bandajes [illegible] que permite [illegible] la [illegible].

Un nuevo método de amputación plástico-óseo ó plástico-muscular.—Durante la estancia de la interesante conferencia del Sr. Cot de Paris, [illegible] dos [illegible] de amputación plástico-muscular y plástico-muscular.

Este nuevo método de amputación del miembro superior consiste en [illegible] la manera y tendones que pueden [illegible] en el miembro amputado con objeto de formar alrededor del muñón un [illegible] que [illegible] á la voluntad permite hacer mover una mano artificial.

El profesor Cot ha practicado tres veces este original procedimiento, obteniendo en los resultados realmente maravillosos.

En uno de ellos practicó la amputación del brazo en el tercio inferior, formando el muñón por la sutura de los tendones del biceps y triceps braquial.

En otro caso hizo la amputación del antebrazo en el tercio superior, formando en uno de ellos el muñón motor, suturando los tendones de los extensores; y en el otro formó dos muñones motores, uno lateral con los tendones de los extensores y el otro ventral con los tendones de los flexores. Se debe procurar dejar los tendones de la manera que más se asemeje á los fisiológicos.

Este método de amputación es muy útil en los miembros torácicos y no tanto en los abdominales.

Se debe limitar el número de los círculos motores músculotendinosos porque exigen una gran cantidad de piel, y se deben de recubrir con solidez para que permitan la presión de las cuerdas de la mano artificial.

Cirugía del tórax.—El Sr. *Fontan* (de Tolon) cree que para llegar al cayado de la aorta se debe tallar un colgajo costal de base externa y resecar el esternón, porque de esta manera se obtiene un gran campo que permite luchar contra las hemorragias de la región. Con relación á la cirugía del corazón, dice haber publicado resultados felices, y aconseja para llegar á la región un colgajo paraesternal izquierdo de base externa, que comprenda la tercera, cuarta y quinta costillas.

En 115 casos que ha operado de afecciones del hígado, ha empleado la vía torácica en 80.

El Sr. *Boeckel* (de Estrasburgo) preconiza para las *pleuresías crónicas purulentas*, amplias resecciones de la pared torácica, practicadas en distintas sesiones.

El Sr. *Depage* es partidario de la posición ventral para las intervenciones intratorácicas, porque facilita la anestesia, la respiración y el desagüe posterior.

El Sr. *Sourdit* (de Nantes) es partidario de las amplias resecciones costales en las pleuresías purulentas, insistiendo en la necesidad de dejar poco fragmento costal posterior.

Según *Delagenière*, las dos cuestiones que dominan la cirugía pleuropulmonar son la del neumotórax y la infección de la cavidad pleural. El primero puede ser combatido por una abertura pequeña de la pleura y la introducción lenta del aire en su interior, seguido de la aspiración, como lo ha demostrado el autor; también se puede recurrir á los complicados aparatos de Sauerbruk ó Braner, pudiéndose considerar como dominado quirúrgicamente el neumotórax en la actualidad; no así la infección de la pleura, y con relación á la que cree poder sacar las siguientes conclusiones de los 46 casos por él operados.

1.ª Para hacer un desagüe perfecto debe corresponder al fondo costodiafragmático. 2.ª Este desagüe debe hacerse por medio de dos tubos, lo bastante largos para que lleguen al fondo de la cavidad que se va á desaguar. 3.ª Para evitar la formación de fístulas es indispensable resecar las costillas alrededor del fondo de saco costodiafragmático. 4.ª Es necesario resecar las costillas desde el ángulo posterior hasta su extremidad anterior, y deben ser la octava, la séptima y la sexta, y en algunos casos la quinta y la novena. 5.ª En el espacio ocupado por la octava costilla es el punto donde se debe abrir la pleura, debiendo permitir la introducción de la mano y el brazo para facilitar la exploración completa del pulmón y descubrir las lesiones. 6.ª Si una lesión pulmonar necesita otra abertura de la pared, esta abertura debe hacerse de manera que pueda fijarse el pulmón á la pared y ser accesible á las curas. Y 7.ª Es necesario en todos los casos asegurarse del buen desagüe de la pleura.

El Sr. *Villar* adopta para las afecciones del mediastino anterior la vía anterior con amplia resección del esternón.

El Sr. *Fuure* da la preferencia, para intervenir en el esófago torácico, á la vía transmediastínica posterior con resección de la primera costilla, estando indicada solamente la vía transpleural para la extracción de cuerpos extraños.

Ectopia testicular y sus complicaciones. — El Dr. *Kirmisson* ha operado 80 casos de ectopia testicular desde el año 1898. En los casos en que siendo el testículo pequeño é imposible de bajar, no ha insistido.

La fijación del testículo al escroto no tiene ningún valor, siendo necesario hacer una sutura muy exacta de todos los elementos del cordón, desde el testículo hasta el orificio inguinal.

Treinta y cinco veces ha podido volver á ver á sus operados, y de estos 35, en 15 el testículo estaba en buen sitio, en 10 había ascendido hasta la raíz del pene, y en los otros 10 estaba en el conducto inguinal, habiéndose descubierto por completo sólo en tres casos, y en dos casos desapareció por completo.

El Sr. *Girae* (de Berna) cree que es preciso operar temprano, porque entonces se coloca el testículo en condiciones de poder desarrollar con más facilidad su función espermatógena.

Fija el testículo á su compañero por medio de un amplio colgajo de la albugínea.

El Sr. *Forgue* insiste en que la movilización completa del testículo ectopiado es la condición de su fijeza en las bolsas. Las adherencias que fijan los elementos del cordón al conducto vaginoperitoneal en la mayoría de los

casos, retienen el testículo, y por lo tanto la técnica operatoria consistirá en hacer la operación como una cura radical de hernia.

El Sr. *Depage* ha tratado 20 casos de ectopia, existiendo en la generalidad una hernia; el método aplicado es cura radical de la hernia, liberación de los elementos del cordón y colocar en su sitio el testículo en el interior de una vaginal, y fijación en el lado de las bolsas.

De 10 enfermos que ha visto después de operados, en 7 estaba el testículo en buena posición y en apariencia normal, y en 3 el resultado fué incompleto. Bajo el punto de vista de la vitalidad del testículo, está el siguiente curioso y raro caso: Habiendo tenido necesidad de quitar en un caso la glándula al terminar la cura radical de la hernia, colocó en su sitio el testículo que había estado sobre un platillo, siendo el resultado excelente bajo el punto de vista moral.

El Sr. *Bousquet* formula las conclusiones siguientes:

1.ª En presencia de un sujeto con ectopia hay necesidad de intervenir lo más pronto posible, porque la operación hace cesar las crisis dolorosas, favoreciendo el desarrollo del órgano y sobre todo el del sujeto.

2.ª Las operaciones, aun las mejor concluídas, no dan todas las satisfacciones necesarias bajo el punto de vista estético. De ordinario el testículo asciende cerca del pubis, pero á pesar de esto se observa una mejoría real en la salud del sujeto.

El Sr. *Watther* ha podido obtener siempre el descenso del testículo disecando el cordón hasta el interior del abdomen.

Cree indispensable la cura radical de la hernia, que contribuye en una gran parte á la fijación del cordón. Para fijar las glándulas, hace una incisión en el tabique de las bolsas, y á través de la abertura pasa el testículo á la otra bolsa, manteniendo el órgano en esta situación y fijo solamente el cordón, con lo cual obtiene excelentes resultados.

El Sr. *Tailhefer* emplea para el tratamiento de la ectopia una técnica nueva, que consiste en continuar la estructura de la pared del conducto inguinal hasta el fondo de la bolsa escrotal, obteniendo con esta técnica un excelente resultado definitivo en un niño de dos años, que tenía una ectopia inguinal doble.

Cree que la edad en que se debe empezar á operar los niños con ectopia es á los dos años. — M. Arquellada.

SOCIEDAD FRANCESA DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS DE LA TUBERCULOSIS

Tratamiento de la tuberculosis por la recalcificación, según el método del doctor P. Ferrier. — El Dr. L. Ranon: El Dr. P. Ferrier dió á conocer el año último en el Congreso de la tuberculosis un método de tratamiento de esta enfermedad por la recalcificación.

Administrar cal á los tuberculosos no es una novedad, porque desde hace mucho tiempo los fosfatos y los glicerofosfatos forman parte del tratamiento clásico de las afecciones bacilares, y el Dr. A. Robin ha insistido con

justo motivo sobre la desmineralización y remineralización de los tuberculosos.

El Dr. Ferrier indica como base de esta medicación el examen del estado de los dientes, porque, según él, existe una relación íntima entre la incrustación calcárea del esqueleto y la de los dientes, cuya calidad es fácil determinar. El estado de los dientes suministra datos, no sólo sobre la calcificación del esqueleto, sino sobre la marcha progresiva ó retrógrada de la calcificación general.

Ha observado, además, el Dr. Ferrier, una relación innegable entre la tuberculosis y la pérdida de sales calcáreas, porque los tuberculosos curados tienen dientes de buena calidad, y los que tardan poco en morir los tienen en mal estado. Su esqueleto contiene tan pocas sales calcáreas como sus dientes, y, según ha demostrado el Dr. Galippe, el peso específico de los dientes concuerda con su proporción de cal. El Dr. Ferrier, para probar la decalcificación averigua el peso específico de los huesos. Este es, para él, idéntico á la densidad del cuerpo, y para demostrarlo emplea la prueba del agua. Las personas cuyos dientes son de mala calidad no se sumergen en el agua, nadan sin trabajo, notan la sensación de ser rechazados hacia arriba si quieren nadar entre dos aguas y á veces hasta no pueden sumergirse en el fondo de una bañera. Los individuos cuyos dientes son de buena calidad se hunden, por el contrario, en el agua. En los individuos cuya decalcificación es demostrada por este medio, ha visto el Dr. Ferrier coincidir los brotes de tubérculos con la caries dentaria y los períodos de pérdida de sales calcáreas, y mejorar, en cambio, la tuberculosis administrando dichas sales.

La pérdida de sales calcáreas se produce bajo la influencia de los ácidos introducidos en el organismo. La acción de los ácidos minerales, el sulfúrico, el clorhídrico y el fosfórico es innegable. Hacen soluble el fosfato tricálcico del esqueleto, apoderándose de una ó de dos moléculas de cal, y forman fosfato bi ó monocálcico. Los ácidos orgánicos, por ejemplo, los de las frutas, ácidos cítrico, málico, etc., producen la decalcificación probablemente por el ácido carbónico, puesto que este ácido y el agua son los últimos términos de sus transformaciones; pueden convertirse también en ácido láctico dotado de la misma acción sobre el fosfato tricálcico. La decalcificación es á veces innegable sobre los dientes (producción de caries aguda) á consecuencia del consumo de ensaladas, de naranjas, de sidra ácida. Las sales ácidas, sulfatos y fosfatos ejercen una acción idéntica; el agua sulfatada cálcica posee propiedades decalcificantes enérgicas. Es necesario culpar también á las fermentaciones gástricas, porque dejan en libertad en el estómago ácidos, por ejemplo, el láctico, el butírico; se producen, sobre todo, en los tuberculosos, á causa del abuso irracional de la sobrealimentación.

Apoyándose en estos datos, manifiesta el Dr. Ferrier que las malas dentaduras se encuentran en las regiones privadas normalmente de sales calcáreas y en las que se bebe sidra ácida, que concurre á la decalcificación; en las regiones calcáreas no sucede así, si no existen otras causas adicionales, por ejemplo, las malas digestiones.

El método de tratamiento de la tuberculosis recomendado por el doctor Ferrier se funda en datos interesantes y consiste en su esencia en prescri-

bir sales de cal, insobles ó solubles, y en auxiliar al organismo para conservarlas.

Se vacía el estómago media hora antes de cada comida, haciendo tomar al enfermo un vaso de agua bicarbonatada cálcica fuerte (Pougues ó Saint-Galmier) (1). Después, á mitad ó al fin de la comida, se toma uno de los sellos siguientes:

Carbonato de cal	ãa 1 gramos.
Fosfatato tribásico de cal	
Cloruro de sodio	3 gr. 50 centigr.

Divídase en 16 sellos.

Si la secreción clorhídrica es insuficiente, se administra además, durante las comidas, un vaso de un agua mineral de las antes citadas, ó una cucharadita de la preparación siguiente:

Cloruro de calcio	5 gramos.
Agua destilada	100 —

Disuélvase.

La alimentación se ordenará con toda severidad, no permitiéndose comer más de tres veces al día, y prohibiendo por completo el vino, sidra, cerveza, alcohol, manteca de vacas, grasas, aceites y todos los ácidos orgánicos y minerales. El azúcar y las pastas deben permitirse en poca cantidad; no se permitirá más que 300 gramos de pan por día. Todos los demás alimentos están permitidos.

Tal es la medicación que aconseja el Dr. Ferrier. En apoyo de su eficacia en la tuberculosis, cita el autor una coincidencia curiosa: la presencia del bicarbonato de cal en las aguas de las estaciones reputadas para la cura de la tuberculosis por el aire, hace que esta cura sea verdaderamente hidromineral, no sospechada hasta ahora. En apoyo de este método pueden citarse los hechos curiosos de inmunización de los obreros de los hornos de cal y de cemento, que he referido en la *Sociedad Médica de los hospitales de París*, y que han sido observados también por otros médicos.

Pueden hacerse dos objeciones al tratamiento del Dr. Ferrier. La primera es que todos los tuberculosos no pierden sales calcáreas, y, por lo tanto, no es necesario administrárselas. Para responder á esta objeción es necesario examinar un gran número de enfermos, averiguar por el estado de sus dientes y de su peso específico, por el procedimiento del agua (no existen otros), si verdaderamente coincide la decalcificación con la tuberculosis; en estos enfermos está indicada la administración de sales calcáreas. La segunda objeción es el empleo de sales de cal insolubles que puedan atravesar el aparato digestivo sin ser absorbidas. El Dr. Ferrier ha demostrado que los experimentos de Weiske y los de Lehmann, citados por Chabrié en su tesis (*Fenómenos químicos de la osificación*, 1895), prueban la gran importancia del carbonato de cal en el desarrollo y la composición de los huesos. Puede citarse en favor de la utilidad del fosfacto de cal, la predilección de los carnívoros por los huesos frescos; los dientes de estos animales son atacados de caries cuando se suprimen los huesos en su alimenta-

(1) En España pueden emplearse las de Alhama de Aragón, de Granada ó de Murcia, ó las de Alzola, Nanclares de Oca, Sierra Alamilla ó Alange.

ción; el fosfato de cal existe además en la leche, no en forma soluble, sino según indica el Dr. Bourquelot, como fosfato insoluble en pequeñas masas amorfas, que se mantienen en suspensión gracias á la caseína.

El Dr. Ferrier ha empleado su método en gran número de tuberculosos, y los resultados obtenidos merecen ser citados porque ha visto, bajo la influencia del tratamiento cálcico, desaparecer los fenómenos congestivos, normalizarse el apetito y mejorar los enfermos de un modo notable. El doctor E. Sergent cita casos análogos que datan de dieciocho meses. He observado en mi clínica, en algunos enfermos elegidos y tratados por el doctor Ferrier, resultados idénticos, á pesar de lo difícil que es hacer seguir á los enfermos de hospital un régimen severo de alimentación. En el período de vacaciones, durante el cual la medicación fué suspendida, estos tuberculosos perdieron con rapidez los beneficios de la calcificación, y cuando volvió á emplearse el tratamiento, su estado mejoró de una manera notable. En un enfermo de la clientela privada el resultado fué notabilísimo á los dos meses de tratamiento. Consideré el caso como desesperado, pero hoy este enfermo se halla en plena vía de curación.

Los experimentos del Dr. Ferrier deben ser ensayados de una manera metódica y durante mucho tiempo; creo que su método merece ser conocido, porque es completamente inofensivo y se funda en hechos interesantísimos de observación. El porvenir dirá si resiste á la prueba del tiempo, única piedra de toque de las medicaciones antituberculosas.

El Dr. A. Robin: La teoría del Dr. Ferrier está en contradicción completa con algunos puntos perfectamente comprobados de la fisiología patológica de los tuberculosos. Me ocuparé de estas contradicciones, porque demuestran que la teoría del Dr. Ferrier es cuando menos muy atrevida.

1.° Esta teoría se funda esencialmente en la frecuencia de la fosfaturia en los tuberculosos. Ahora bien, la fosfaturia en estos enfermos es un mito, en el que he creído, pero que no tiene base fundada. He coleccionado 350 casos de tuberculosis pulmonar, en todos los grados de la enfermedad; he hecho más de 1.200 análisis de orina, y á pesar del gran número de observaciones, jamás he encontrado fostaturia en estos enfermos.

El ácido fosfórico se elimina en los tuberculosos del modo siguiente: En el período pretuberculoso la eliminación de este ácido (representando el término medio efectivo de 50 casos análogos) fué de 20gr.,2, de ellos 0'56 de ácido fosfórico combinado con bases térreas y la relación $\frac{P^2O^5}{N\ total}$ fué de 20'4. Estas cifras demuestran que el pretuberculoso no es en general fosfatúrico.

En la tisis confirmada he encontrado los valores siguientes:

	Primer grado.	Segundo grado.	Tercer grado.
P^2O^5 total	2'30	1'38	1'27
P^2O^5 combinado con sales térreas	0'76	0'50	0'33
Relación $\frac{P^2O^5}{N\ total}$	16'20	11'05	12'50

Se ve que, sea cual fuere la manera como se consideren estas cifras de análisis, no hay, en ningún período de la tuberculosis, ni disminución excesiva del ácido fosfórico, ni fosfaturia total, ni fosfaturia térrea, ni fosfaturia relativa (en relación con la eliminación de nitrógeno).

2.° Consideremos ahora la eliminación de la cal y de la magnesia en los diferentes períodos de la tuberculosis.

He estudiado los cambios urinarios de cuatro tuberculosos, todos los cuales padecieron tisis pocos años después; en tres la tisis siguió una marcha rápida. Los análisis de orina se hicieron en una época en la que la tuberculosis pulmonar no existía, al parecer; los enfermos eran tratados como si padecieran anemia, cansancio, neurastenia. El estudio de las relaciones de los cambios en estos pretuberculosos me reveló desmineralización cálcica y sobre todo magnésica; el exceso de cal y de magnesia eliminadas no procedía de la alimentación; los pretuberculosos sustraían de sus plasmas y de sus tejidos 0gr.,0008 de cal y 0gr.,0023 de magnesia por veinticuatro horas, por kilogramo de peso vivo.

En el primer período de la tisis he visto, en dos enfermos, persistir la desmineralización y hasta aumentar, pero esta vez la desmineralización cálcica superaba á la magnésica; los enfermos sustraían de sus tejidos 0gr.,002 de cal y 0gr.,002 de magnesia por kilogramo de peso.

En el segundo grado de la tisis la desmineralización aumenta sobre todo en lo referente á la cal. Según lo que he observado en tres enfermos, llega á 0gr.,007 de cal y á 0gr.,0023 de magnesia por kilogramo de peso.

Finalmente, en el tercer período de la tisis no se observa desmineralización á causa de que el enfermo ha perdido en los períodos precedentes de la tuberculosis todas las sales térreas que podía perder.

La desmineralización es, por lo tanto, según vengo sosteniendo hace mucho tiempo, un elemento fundamental del terreno tuberculoso; sin embargo, no acepto la hipótesis del Dr. Ferrier, para quien la pérdida de sales calcáreas es debida á la acción de los ácidos ingeridos ó formados en el estómago; he observado, en efecto, que los tuberculosos pierden sales calcáreas, *aunque no padezcan el menor trastorno gástrico*.

Por otra parte, no debe tenerse en cuenta sólo la desmineralización cálcica, porque la magnésica desempeña un papel tan importante ó más que el de aquélla; la temperatura debe tener muy en cuenta este hecho, con tanto más motivo cuanto que el organismo carece de reservas de magnesia; todo el mundo conoce, por el contrario, la importancia de las reservas cálcicas de los huesos; la remineralización magnésica debe procurarse á la vez que la cálcica; es una indicación de la que no se ocupa el Dr. Ferrier.

3.° Además no es posible creer que se consiga remineralizar á un enfermo haciéndole tomar sales de cal y de magnesia; los ensayos numerosísimos que he hecho me han demostrado cuán difícil es conseguir se fijen en el organismo las sales térreas que se administran; es una ley general aplicable no sólo á los tuberculosos, sino á todos los sujetos desmineralizados y en particular á los osteomalácicos. El problema terapéutico comprende dos indicaciones: suministrar al enfermo el medio de que no pierda su cal y permitirle fijar la que se le administra.

En la osteomalacia he obtenido buenos resultados gracias á un trata-

miento recalcificante combinado con la medicación arsenical; esta terapéutica puede también ser útil en la tuberculosis; creo que el arsénico obra, no sólo como medicamento de ahorro, sino también favoreciendo la fijación de las sales térreas.

El Dr. F. Besançon: No puedo referir caso alguno para probar la acción de las sales de cal en la terapéutica de la tuberculosis, pero he observado que la administración del cloruro de calcio á dosis elevada puede modificar, en ciertas condiciones, la crasis sanguínea; asisto desde hace mucho tiempo á un enfermo de púrpura periódica que evolucionaba por ciclos de seis meses; la medicación cálcica ha roto el ciclo; desde que se administra el cloruro de calcio, los accidentes hemorrágicos no han vuelto á reproducirse, y creo que el desarrollo óseo de este individuo, sujeto joven, es mejor.

El Dr. G. Kuss: El Dr. Ferrier admite que la tubeculosis cura espontáneamente por incrustación calcárea de la lesión y cree que un organismo cuyos tejidos contienen en abundancia sales de cal resiste victoriosamente la tuberculosis, á causa de esta buena calcificación.

Estas afirmaciones son al parecer difíciles de aceptar; en la mayor parte de los casos los tubérculos que curan están esclerosados, no calcificados; en cambio en los bóvidos y en el cerdo, las formas graves y progresivas de la tuberculosis suelen ir acompañadas de infiltración calcárea acentuada de los tubérculos, infiltración calcárea que no es en modo alguno indicio de un proceso favorable ni de la tendencia á la curación.

Por otra parte, el Dr. Ferrier no ha probado que en el hombre los tubérculos de evolución desfavorable vayan siempre acompañados de pérdida grande de sales calcáreas, ni que un organismo privado de estas sales sea incapaz de resistir á la tuberculosis. Hasta que estos puntos esenciales no sean demostrados por la experimentación ó por observaciones numerosas, su teoría no pasará de ser una pura hipótesis.

No obstante, creemos que será conveniente para los médicos que tratan tuberculosos tener en cuenta los hechos interesantísimos citados por el doctor Ferrier; estos hechos, bien estudiados por un observador de conciencia, son completamente nuevos para los tisiólogos. Demuestran que en condiciones especiales, mal conocidas aún, existe una relación íntima entre ciertos brotes tuberculosos y los signos exteriores de decalcificación; que en estos casos, un tratamiento dirigido contra la decalcificación ejerce una influencia favorable sobre la marcha de la tuberculosis.

El hecho merece ser consignado sin pretender explicarlo por una teoría. Se admite desde hace mucho tiempo la importancia de una buena digestión en los tuberculosos. El Dr. Ferrier nos enseña que las fermentaciones digestivas, además de todos sus inconvenientes ya conocidos, ejercen una acción decalcificante muy desfavorable; este hecho merece ser tenido en cuenta; es, para nosotros, un motivo más para averiguar el estado de la digestión en nuestros enfermos; si la digestión es mala y no mejora bajo la influencia de la cura de aire y del reposo, está indicado evitar la sobrealimentación é impedir que los alimentos se estanquen en el estómago. Los medios que el Dr. Ferrier aconseja son excelentes desde este punto de vista; afirma que se recalcifican los dientes y el organismo suministrando sales de cal á los enfermos sometidos á su método de tratamiento; estoy

persuadido de la exactitud de esta opinión. Hace ya algunos años que empleo contra la dispepsia hiperácida una mezcla de sales de cal y de magnesia. Este procedimiento tiene ante todo la ventaja de mejorar de un modo manifiesto la digestión, según ha demostrado el Dr. A. Robin, pero además permite recalcificar á sujetos que han perdido en abundancia sales calcáreas.

En otras palabras, si bien la teoría del Dr. Ferrier no es al parecer aplicable á los tuberculosos en general, suministra cuando menos indicaciones utilísimas para el tratamiento de los tuberculosos que padecen trastornos gástricos y sobre todo dispepsias ácidas; merece, por lo tanto, ser conocida y ensayada siempre que se observen en un enfermo hiperclorhidria ó fermentaciones digestivas ó signos de decalcificación que se revelan por caries ó blandura de los dientes.

El Dr. A. Robin: Puede admitirse que los hiperclorhídricos pierden sales cálcicas y magnésicas por formación de ácidos en el estómago, y que, en estos casos la saturación gástrica produce buenos resultados; pero en los tuberculosos no sucede así: la desmineralización se revela en ellos por un trastorno profundo de la nutrición y no por fermentaciones gástricas; la administración de cal y de magnesia no corrige este trastorno nutritivo; en un enfermo las sales térreas ingeridas son eliminadas sin fijarse en el organismo. Añadiré que no se ha demostrado que la composición química de los dientes experimente variaciones paralelas á las de los huesos, como cree el Dr. Ferrier.

El Dr. Villemin: La hipótesis del Dr. Ferrier no se comprueba en los niños de poca edad; en efecto, en los raquíticos, á pesar de existir alteraciones óseas considerables, los dientes apenas se modifican.

El Dr. Barbier: Es indudable que los tuberculosos no curan, de ordinario, por calcificación, sino por esclerosis. Otro argumento que puede oponerse á la teoría del Dr. Ferrier, es la cantidad insignificante de cal que contienen los alimentos que, como los huevos ó la carne cruda, producen en general resultados excelentes, cuando forman parte de la ración alimenticia de un tuberculoso; si se sustituyen estos alimentos por una cantidad equivalente de leche, no se observan los mismos efectos favorables, aunque la leche contiene una proporción mucho mayor de sales calcáreas; en los sujetos desmineralizados conviene, por lo tanto, ante todo, restituir al organismo las albúminas necesarias para retener las substancias minerales.

He leido con gran interés la obra del Dr. Ferrier, y me ha sorprendido una observación muy justa que hace el autor: «Abandonemos francamente, dice, el principio de la continuidad de la fosfaturia; ésta existe en ciertos momentos y durante un tiempo variable, y si se la busca entonces se la encuentra; pero hay períodos de mejoría en los que no se observa la fosfaturia ni aun en un sujeto osteomalácico». Acepto en absoluto esta opinión: observando tuberculosos durante mucho tiempo y estudiando de una manera continuada su orina suele observarse que la fosfaturia desaparece en ciertos períodos, durante los cuales la composición de la orina es normal.

El Dr. G. Kuss: La observación hecha por los Dres. Ferrier y Barbier explica, sin duda, por qué ciertos autores no han conseguido descubrir la desmineralización cálcica de los tuberculosos, sacando conclusiones contra-

rias en absoluto á las del Dr. A. Robin. Ott ha estudiado detenidamente la eliminación de la cal, dosificándola en todas las ingesta y excreta de varios tuberculosos en diferentes períodos de la enfermedad, después de haberles colocado en estado de equilibrio azoado. Ha visto que estos enfermos excretan la misma cantidad de cal que ingieren. Como estos experimentos, muy difíciles y muy laboriosos, no duran más que algunos días, puede creerse que la desmineralización cálcica haya existido en estos enfermos en otros momentos.

El Dr. A. Robin: Dada la cantidad mínima de cal eliminada cotidianamente, es casi imposible hacer el balance nutritivo sobre ella; es fácil que escapen del análisis algunos milígramos, y esta pérdida prolongada durante un largo período constituye una causa importante de decalcificación. Creo, por consiguiente, que no puede sacarse conclusión exacta de un experimento como el del Dr. Ott.

El Dr. L. Guinard: En 1904 el Dr. Ferrier examinó ante mí la dentición de varios tuberculosos, y hizo pronósticos fundados en el estado aparente de calcificación de los dientes. Confieso que tales pronósticos no fueron confirmados por la evolución ulterior de la tuberculosis en estos enfermos.

Patogenia de la tuberculosis. — El Dr. *Vallée* presentó las piezas anatómicas recogidas al practicar la autopsia de las terneras sometidas durante más de tres meses al contagio tuberculoso por ingestión cotidiana de leche vacunífera, después de haber sido destetadas. Se las sacrificó á las cuatro semanas del destete; tenían lesiones tuberculosas de los ganglios del mediastino, sin alteraciones aparentes de los ganglios mesentéricos ni del intestino. En las piezas presentadas por el Dr. Vallée se ve, en efecto, que el aspecto macroscópico de los ganglios mesentéricos es normal por completo. En cambio los ganglios escalonados á lo largo del mediastino están aumentados de volumen y presentan lesiones caseocretáceas muy acentuadas. Cuanto á los pulmones, unos están indemnes y otros contienen como lesión única un nódulo miliar subpleurítico más reciente que las alteraciones ganglionares.

Insistió también el Dr. Vallée sobre el hecho de que la contaminación por las vías digestivas se produce en los bóvidos con grandísima facilidad, lo que contrasta notablemente con los resultados negativos de los experimentos de inhalación de polvos bacilíferos, secos ó húmedos, cuando se introducen los bacilos directamente en las vías respiratorias después de la traqueotomía.

Los experimentos como los de Nocard y Rossignol, en los que las pulverizaciones de bacilos han hecho contraer la tuberculosis á los animales, deben interpretarse en el sentido de la contaminación por las vías digestivas, porque en estas condiciones experimentales los animales degluten gran número de microbios.

El Dr. *G. Petit* dijo que con los experimentos de inhalaciones de cultivos bacilares que ha practicado en perros el Dr. Leudet, no se ha conseguido tuberculizar á estos animales, á pesar de emplearse gran cantidad de bacilos pulverizados; estos experimentos demuestran con cuánta eficacia se defienden los animales contra la inhalación de bacilos virulentos.

El Dr. *F. Besançon* manifestó que el experimento del Dr. G. Petit no

puede interpretarse en este sentido; si los bacilos fueran verdaderamente virulentos para los animales sometidos á la experimentación, no se comprende por qué éstos no habían de contraer la tuberculosis por ingestión.

El Dr. *Letulle* llamó la atención sobre la frecuencia de la integridad perfecta de las vías digestivas en los tísicos; es un hecho importante que conviene tener muy en cuenta; sea cual fuese la explicación que se dé, concuerda mal con la hipótesis del Dr. Calmette, que atribuye los brotes de tuberculosis de los tísicos á los bacilos deglutidos, que penetran por el intestino al sistema linfático y pasan, por último, al torrente circulatorio.

El Dr. *G. Küss* manifestó que las lesiones del mediastino en los animales sometidos á la experimentación por el Dr. Vallée, no están superpuestas á las lesiones de los ganglios bronquiales y pulmonares, que son generalmente la primera localización aparente de la tuberculosis en el niño de poca edad.

El Dr. F. Besançon: He seguido con tanto más interés los experimentos de los Dres. Vallée, Calmette y sus discípulos, cuanto que desde hace muchos años estoy convencido del origen hematógeno de un gran número de afecciones pulmonares, en particular la tuberculosis y la pulmonía; en un artículo publicado en 1899 sobre las determinaciones articulares del neumococo en el curso de las infecciones generales, después de demostrar que, para las articulaciones, lo que constituye la localización del germen no es su puerta de entrada, sino su grado de virulencia ó el de receptibilidad del sujeto, decía que lo mismo ocurre con el pulmón, donde se fija el bacilo de Koch, sea cual fuere su puerta de entrada, cuando el animal atacado pertenece á ciertas especies relativamente resistentes, por ejemplo, el conejo. Lo mismo acontece con la neumonía, que se ha atribuído sin motivo á la emigración canalicular descendente del neumococo salival, y que al contrario de las bronconeumonías, es una afección puramente pulmonar, una alveolitis localizada en un segmento perfectamente limitado del pulmón, sin lesiones concomitantes del árbol bronquial.

El Dr. *Cornil* dijo que esta integridad de las vías respiratorias por fuera del bloque neumónico no es constante; en muchos casos de neumonía lobular franca se observa un proceso más ó menos extenso de bronquitis difusa en otras zonas del pulmón, además de la hepatizada.

El Dr. *F. Besançon* indicó la exactitud de la existencia de estas lesiones bronquiales, pero son sobreañadidas, secundarias y no dominan la localización pulmonar como en las bronconeumonías.

(*Le Bull. Medical*). — F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 12 de Octubre de 1906 (1).

Hidrocéfalo, espina bífida y sífilis congénita. — El Dr. *Carlos Hochsinger* presenta una niña de nueve meses que tiene un hidrocéfalo enorme, espina bífida en la región lumbosacra y condilomas sifilíticos en la región anogenital. La niña nació con la cabeza normal y con una coriza de secreción purulenta que duró seis semanas. En la región sacra había un tumor como un puño, que se abrió espontáneamente á la tercera semana, dando salida á un líquido acuoso y cerrándose á fines del tercer mes. Desde el cuarto mes empezó á crecer el tamaño de la cabeza más de lo regular, pero más especialmente en los últimos dos meses. Existen además síntomas de contractura y de parálisis, originados por el hidrocéfalo y por la espina bífida.

La hidrocefalia debe considerarse en este caso como una afección genuínamente sifilítica, resultado de una ependimitis y de una meningitis serosa de la misma naturaleza. La espina bífida hay que interpretarla como una perturbación de desarrollo de naturaleza paraheredosifilítica.

El Dr. *Julio Zappert* dice que el hidrocéfalo tiene el tipo del sifilítico, pero que no hay que olvidar lo frecuente que es la coexistencia del hidrocéfalo y de la espina bífida, y también la frecuencia con que la oclusión, espontánea ó provocada, de esta última, da origen al desarrollo de la hidrocefalia. Podría tratarse de la aparición casual de ambas afecciones en una niña sifilítica, pero cabe también dudar de la existencia de la sífilis y atribuir el desarrollo de los condilomas á la parálisis de los esfínteres y á la anestesia cutánea, ocasionadas por la espina bífida, y que con mucha frecuencia son causa de la presentación de úlceras cutáneas vegetantes, muy parecidas á los condilomas.

El Dr. *Guillermo Knopelmacher* refiere haber tratado recientemente un caso de hidrocéfalo crónico tan voluminoso como el actual por medio de la punción lumbar, que ha practicado dos veces. Se atreve á considerarlo como curado, puesto que han desaparecido por completo los síntomas de compresión cerebral, se han cerrado las suturas y de un año acá no ha aumentado el volumen de la cabeza más que en un centímetro.

Gangrena del pié: diagnóstico del sitio de la obstrucción arterial.—El doctor *Luis Moszkowicz* presenta dos enfermos para dar á conocer el procedimiento que emplea con objeto de descubrir el sitio de la obstrucción arterial en los casos de gangrena del pié.

Un enfermo, de cincuenta y tres años, padece desde hace uno de claudicación intermitente, la cual reconoce como causa una estrechez del calibre de las arterias respectivas, producida por endoarteritis obliterante ó por organización de trombus. El otro enfermo, de treinta y siete años, perdió hace cuatro los dedos cuarto y quinto del pié izquierdo á consecuencia de gangrena y padece ahora de dolores en las extremidades inferiores. Su afección pertenece al grupo del mal de Raynaud.

(1) Primera del curso actual.

Después de mantener elevada la extremidad por un poco de tiempo, se aprieta el muslo con una venda de goma, de tal modo que se obtenga una anemia completa del miembro. A los cinco minutos se quita la venda, observándose entonces que en vez de restablecerse rápidamente la circulación no lo hace así en la zona correspondiente al vaso ó vasos obstruídos. El síntoma es tan claro, que puede servir para precisar el nivel á que debe de hacerse la amputación; sólo cabe la duda de si la circulación de los tejidos profundos se efectúa de un modo paralelo á la de la piel.

El Dr. *Alfredo Fuchs* cree que el procedimiento del exponente es útil también para los casos dudosos de oclusión vascular relativa.

El Dr. *Antonio de Eiselberg* refiere un caso de gangrena del pié, consecutiva á arterio-esclerosis, en el que la aplicación del nuevo procedimiento demostró la necesidad de amputar la pierna, encontrándose, en efecto, obstruída la arteria principal en un punto muy alto.

El Dr. *Julio Schnitzler* dice que además del reparo que ya ha hecho el mismo Moszkowicz, fundado en que puede haber diferencias entre la circulación cutánea y la profunda, hay que recordar que la hiperhemia linfangítica que se observa á menudo en los casos de gangrena senil llega hasta el mismo borde del tejido gangrenado, ó sea á una zona en que, según enseña la experiencia, no se puede operar.

El Dr. *Hermann Teleky* dice que en los casos de claudicación intermitente consecutiva á oclusión ó estrechez vascular se observa, á diferencia de lo que sucede en los que reconocen otra causa, una sensación muy penosa de frío en la extremidad respectiva, acompañada de un descenso real de la temperatura en la misma.

El Dr. *Emilio Schwarz* hace notar que algunos casos de claudicación intermitente tienen por causa la esclerosis de las arterias, que no les permite la dilatación que exige todo esfuerzo muscular. De aquí el espasmo de los vasos musculares, que sobreviene con la contracción muscular, con lo cual se presenta el dolor espasmódico á la manera de la angina de pecho, que se observa en los casos de esclerosis coronaria. En estos períodos no daría resultado positivo el experimento de Moszkowicz, y por lo tanto, serviría muy poco para el diagnóstico.

El Dr. *Luis Moszkowicz* dice que entre la gangrena y la claudicación intermitente existen, sin duda, grandes relaciones, puesto que en algunos sujetos que presentaban dicha claudicación se observó el obstáculo á la hiperhemia de un modo muy marcado.

Autoplastia craneal doble.—El Dr. *Pablo Clairmont* presenta un hombre de diecinueve años, que el 6 de junio último se cayó de una altura de 16 metros, produciéndose á causa de esto una fractura complicada del cráneo. Cuando ingresó en el hospital se le extrajeron las esquirlas correspondientes á dos fracturas por impresión. Después de tres días recobró el enfermo el conocimiento, pero con parálisis de la extremidad superior derecha, alexia, agrafia, parafasia y amnesia. A los dos meses estaban cerradas las heridas de las partes blandas. En septiembre existían aún dos defectos perforantes en la caja craneana: uno en la zona del parietal izquierdo y otro en la mitad izquierda de la escama del occipital. En ambos defectos había hundimiento, pulsación, oscilaciones respiratorias, etc. Al inclinarse el pa-

ciente hacia adelante sentía vértigos: había, además, parexia ligera de la porción bucal del facial en el lado derecho. El paciente conocía las letras, pero leía mal las palabras.

El 22 de septiembre procedió el autor á la operación. Su ánimo era cubrir un defecto con hueso del mismo cráneo y el otro con un trocito de tibia, pero el paciente no se prestó á esto último. Después de excindidos la cicatriz cutánea y el tejido cicatrizal suprayacente á la dura madre, se refrescó el defecto óseo. Hecho esto, se talló un colgajo osteoperióstico, por el método de Hacker-Durante, á expensas de las partes próximas, para lo cual se empezó tallando un colgajo de partes blandas por medio de una incisión arqueada y disecándolo hacia adelante y afuera. El periostio vuelto hacia afuera se fijó por medio de algunos puntos de catgut al periostio del defecto, y la piel se unió exactamente por encima. El segundo defecto se cubrió con una placa de celuloide, según el método de Alejandro Fränkel, empezando por perforar la placa en varios puntos y ajustándola después con el mayor cuidado. La piel suprayacente se unió por medio de sutura abotonada. Las dos autoplastias se lograron bien, no percibiéndose pulsación en ningún punto. El paciente dice que cuando se inclina hacia adelante le parece que se levanta la placa de celuloide, pero la palpación hacía ver que no sucede nada de esto.

Saturnismo en anudadoras de flecos.—El Dr. *Luis Teleky* presenta dos anudadoras de flecos que padecen de saturnismo crónico.

El Dr. *Julio Zappert* dice que hace algunos años presentó el hijo de una anudadora de flecos que padecía de parálisis saturnina de las extremidades inferiores. Estas intoxicaciones son debidas á que la seda negra con que se anudan los flecos está cargada de acetato de plomo, y como esta clase de obreras trabajan en su casa, de aquí la posibilidad de que también se intoxiquen personas de su familia.

Lesión ocasionada por la electricidad.—El Dr. *Luis Teleky* presenta fotografías relativas á una lesión producida por la corriente eléctrica. El 30 de agosto, un obrero que mantenía con la mano una barra de hierro que estaba en conexión con la tierra, tocó con el dorso del dedo pequeño la parte de una máquina por donde pasaba la corriente eléctrica. A pesar de tratarse de una corriente contínua de 110 voltios, se produjo en el punto de entrada (dorso del dedo meñique) una herida del tamaño de un céntimo y en el de salida (lado de flexión del dedo meñique) una herida de 1 centímetro de largo y 2 milímetros de ancho. Fellinek insiste mucho en que las lesiones ocasionadas por la corriente eléctrica suelen ser más profundas de lo que parece, y se curan con mucha lentitud. Así ha sucedido en el caso actual. A los dieciocho días de ocurrido el accidente, las heridas, sobre todo la del lado de la flexión, son un poco mayores que al día siguiente del percance.

(*Wiener Klinische Rundschau*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

El alcohol como alimento. — El Dr. Jorge Rosenfeld, de Breslavia, deduce de sus experimentos que el alcohol no ejerce ninguna influencia perjudicial demostrable sobre el metabolismo nutritivo y que economiza la albúmina un poco mejor que igual cantidad de azúcar. En un organismo en el que no ha obrado como tóxico sobre el cambio nutritivo y en el que tampoco ha producido síntomas de embriaguez bien ostensibles, menoscaba en un 25 por 100 determinados actos de la inteligencia, disminuye próximamente en igual proporción la fuerza muscular bruta y afecta gravemente al corazón, aumentando su excitabilidad y perjudicando á su capacidad de restauración funcional. — (*Zentralblatt für innere Medizin*). — R. DEL VALLE.

Tratamiento de la dispepsia hiperesténica con fermentaciones ácidas. — En esta forma de dispepsia, dice el Dr. A. Robin, conviene emplear el tratamiento sedante. Consiste en la alimentación apropiada compuesta principalmente de leche y vegetales, y en el uso de medicamentos sedantes y de polvos absorbentes destinados á suturar el exceso de ácidos. Pueden comerse patatas, legumbres secas, ensaladas cocidas, pescados de carne blanca y huevos, pero sin abusar de éstos, porque son á veces excitantes. El pan debe tomarse en poca cantidad y tostado. La mejor bebida es el agua pura. Después de comer debe tomarse una tacita de infusión aromática muy caliente (anís, menta, manzanilla), para calmar la excitación gástrica y favorecer la evacuación del contenido del estómago.

Los medicamentos tienen por objeto disminuir la acción estimulante que ejerce la masa alimenticia sobre el estómago y moderar la excitabilidad de este órgano. Se consiguen estos resultados tomando en un poco de agua, cinco minutos antes de las comidas, cuatro á siete gotas de la mixtura siguiente:

Tintura de beleño	aa 6 gramos.
— tebaica	
— de belladona	

El estómago segrega en exceso y el contacto de los alimentos aumenta esta secreción, así que al fin de la comida el contenido gástrico es muy ácido y es preciso saturarle para impedir ó moderar el espasmo de las fibras musculares del píloro. Se consigue haciendo tomar en una pequeña cantidad de agua el contenido de uno de los papeles siguientes:

Magnesia hidratada	aa 4 gramos.
Bicarbonato de sosa	
Azúcar blanca	aa 6 —
Carbonato de cal precipitado	
Oleosacaruro de anís	1 —

Divídase en 12 papeles.

A las cuatro horas de la comida, los dolores suelen presentarse de nuevo y adquirir su máximum de intensidad. Es preciso entonces tomar en un

poco de agua la preparación siguiente, repitiéndola media hora después, si el dolor no se mitiga:

Magnesia hidratada	16 decígramos.
Bicarbonato de sosa	1 gramo.
Azúcar blanca	
Codeína	5 milígramos.
Carbonato de cal precipitado	aa 8 decígramos.
Subnitrato de bismuto	
Oleosacaruro de menta	5 centígramos.

Mézclese.

Estas fórmulas son complejas, pero cada uno de los medicamentos de que se componen tienen su razón de ser y su utilidad. La magnesia hidratada forma con los ácidos clorhídrico y láctico, cloruro y lactato de magnesia, que estimulan las fibras musculares y que, en el intestino, ejercen una acción laxante, corrigiendo la atonía muscular. El azúcar sirve para enmascarar el mal sabor de las preparaciones alcalinas. El bicarbonato de sosa produce una sensación de alivio más rápida que todos los demás alcalinotérreos. El subnitrato de bismuto ejerce una acción moderadora sobre la secreción gástrica y compensa el efecto purgante, exagerado á veces, de la magnesia. El carbonato de cal precipitado obra saturando los ácidos gástricos. La codeína calma la sensibilidad gástrica y modera la excitabilidad del plexo solar.

Si persiste el estreñimiento se combate por medio de un enema ó de las píldoras siguientes:

Aloes del Cabo	7 centígramos.
Goma guta	3 —
Turbith vegetal	2 —
Extracto de belladona	aa 5 milígramos.
— de beleño	
Jabón medicinal	c. s.

Para una píldora. Se toma una al acostarse, aumentando la dosis si es necesario. — (*Bull. gen. de therapeutique*, 15 octubre 1906). — F. Toledo.

Botulismo. — Refiere el Dr. Collatz que en el año pasado enfermaron en Darmstadt veinte personas por haber consumido una ensalada de judías, habiendo fallecido diez de los atacados. El examen bacteriológico comprobó la existencia del bacillus botulinus en la ensalada, siendo así que hasta ahora sólo se había encontrado en intoxicaciones con embutidos. El autor asistió á cuatro de las personas atacadas: una de ellas lo fué muy levemente por haber comido poca ensalada; dos llegaron á estar muy graves y la cuarta, que es la que había comido más del manjar susodicho, se murió.

Después de síntomas leves por parte del estómago y del intestino acompañados de malestar de cabeza y vértigos, se presentaban fenómenos muy alarmantes por parte del sistema nervioso, paresia bulbar y oftalmoplegia externa é interna. También se presentaron síntomas irritativos en la esfera de la sensibilidad y parálisis de un brazo. En vista de que el tratamiento sintomático en que entraban la estricnina, la digital y el estrofanto no

daba ningún resultado, se decidió el autor en los dos casos de gravedad media á emplear un tratamiento específico cuando se presentaron los síntomas alarmantes. A la enferma menos grave, y que ya estaba en convalecencia, le extrajo por medio de la sangría, 80 gramos de sangre y después inyectó el suero de ésta á las otras dos pacientes.

Con este tratamiento empezó á mejorar en el acto el estado general y pasado cierto tiempo reapareció el sueño. A partir de este momento se fué acentuando la mejoría y después de una convalecencia muy lenta se restablecieron las enfermas. A los cuatro meses no quedaba de los síntomas paralíticos más vestigio que una ligera debilidad en la acomodación.

(*Berliner Klin. Wochenschrift*). — R. DE VALLE.

Tratamiento de los bubones supurados. — El Dr. B. van Groensu recomienda un tratamiento que, según su autor, es más eficaz que todos los empleados hasta ahora. Consiste en aplicar sobre los chancros, con objeto de destruir el bacilo de Ducrey, una disolución de agua oxigenada al 8 por 100, á la que se adiciona ácido clorhídrico en la proporción de 5 por 1.000. Después de incindido el bubón y extraído el pus, se introduce en la cavidad una mecha de gasa empapada en esta disolución. Encima se aplica una cura ordinaria.—(*Rev. prat. des maladies cutanées*, mayo 1906).—F. TOLEDO.

Mortalidad hospitalaria de la fiebre tifoidea. — El Dr. M. F. Barjou ha recogido los datos estadísticos relativos á los casos de fiebre tifoidea tratados en el Hôtel-Dieu, de Lyon, durante los años 1894 á 1900, ambos inclusive, y ha comparado esta estadística con la de cinco años, á partir del 1860, y con la de nueve años, á partir del 1880.

En los años 1860 y siguientes la mortalidad fué en el hospital mencionado de 26'2; en los años 1880 y siguientes, en que se introdujo el método de Brand y en que se puso en práctica con gran celo y esmero, tanto por los médicos como por el personal subalterno, la mortalidad de la fiebre tifoidea fué de 7 á 8 por 100; por último, fué de 14 por 100 en la época de 1894 á 1900.

El autor explica tales diferencias por el hecho de que las probabilidades de curación eran peores antes de plantear el método de Brand; en cambio, cuando éste estaba en su auge el adiestramiento del personal y el esmero y cuidado que se ponían en la administración de los baños, casi siempre de temperatura bastante baja, redundaron en beneficio de los enfermos. El aumento de la mortalidad en estos últimos años se debe á que se ha abandonado algo la balneoterapia y también á que por un falso sentimiento de humanidad se ha aumentado la temperatura de los baños.

(*Lyon medical*). — R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS.

UN CASO DE EPISPADIAS EN LA MUJER

POR EL DOCTOR

D. SERAFÍN HUDER

Médico de la Beneficencia Municipal de Pamplona.

Diversas consideraciones hacen interesante el caso que motiva estas líneas y justifican plenamente su publicación. En primer lugar, la afección que las ocupa es rarísima; desde que en 1882 publicó Núñez el primer caso, son contadísimas las observaciones publicadas, y todas ellas en el extranjero. En España no tengo noticia de que se haya publicado ningún caso, y este es un motivo que por sí sólo exige que el observado por mí vea la luz pública.

Por otra parte, son poquísimas las obras de Medicina ni de Cirugía que hablan de ella, y no conozco ninguna que detalle su tratamiento, es decir, que describa la operación que se debe practicar para corregir tan grave defecto. Así es que, cuando yo traté de operar á mi enferma, me ví perplejo y confuso, no sabiendo cómo hacerlo; acudí á distintos cirujanos de gran valer científico, casi todos de Madrid, incluso un sabio Catedrático de Patología quirúrgica, pidiéndoles un consejo, una indicación, un plan que me guiase para este caso, pero no lo obtuve, y no fué por falta de buena voluntad, sino por lo desconocido de la afección. Desde luego me declararon todos ellos que no habían visto en su clientela particular ni hospitalaria ningún caso.

En vista de esto y de que el estado de la enferma exigía que se intentase algo, me decidí á operarla confiando solamente á mis propias iniciativas el modo de hacerlo, y pueden comprender mis lectores las poquísimas esperanzas que abrigaba de salir airoso de la empresa. Pero me equivoqué, el éxito de la operación fué completo,

y no quiero dejar pasar en silencio el modo cómo lo obtuve, por si algún lector se encuentra en parecidas circunstancias y le puede servir de algo mi ejemplo.

En el Consultorio médico que en esta ciudad tenemos establecido mi distinguido compañero D. Eduardo Martínez de Ubago y yo, presentóse á nuestra observación Eduarda Machiñena, de veintisiete años de edad, soltera y natural de Lizaso (Navarra), el 5 de octubre de 1905. Acude á nosotros, porque desde su nacimiento tiene una incontinencia absoluta de orina, acerca de la cual no ha consultado nunca con ningún médico, y dicho se está que tampoco ha hecho tentativa alguna de curación.

Igual de día que de noche, y un poco menos en la posición horizontal que en la vertical, se le escapa la orina continuamente y babeando, sin que en toda su vida haya experimentado ganas de orinar. Reconocida la región, se encuentra el clítoris dividido en dos mitades, entre las cuales hay un canal que en la parte superior llega hasta la comisura vulvar anterior, que no existe, porque los labios mayores y menores, atrofiados, no se reunen para formarla. Inferiormente, este canal, que ya es conducto en esta parte, llega hasta la pared vesical anterior, que está intacta. La pared inferior de este conducto, que, como se habrá comprendido ya, es la uretra, estaba formada por una lámina ó brida que unía las dos mitades del clítoris á modo de puente. Pero como estas dos mitades no eran iguales, sino que la derecha era más corta que la izquierda, resultaba que la lámina ésta se insertaba más inferiormente en el lado derecho que en el izquierdo, asimetría que, como se verá más adelante, tuvo importancia en el momento de la operación, y más todavía para el resultado de ella.

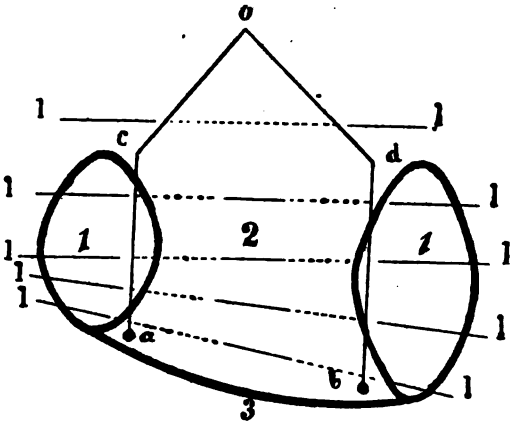
Constituída así la uretra, se ve que carecía de pared superior, y que merced á ello su luz era grande, tanto que permitía introducir holgadamente el dedo meñique hasta la pared anterior de la vejiga. La piel de la pared interna de ambos muslos estaba cubierta de lesiones irritativas é infecciosas, producidas por el constante contacto de la orina y rascaduras consecutivas.

Ante sintomatología tan clara, diagnosticamos fácilmente un «epispadias retrosinfisario», y propusimos la intervención quirúrgica, que fué aceptada con gusto por la enferma y su familia, á pesar de que nada prometimos como resultado de la operación. El triste estado en que se hallaba la enferma, justifica el que obrasen de este modo.

Decidido, como más arriba indico, á hacer lo que mi pobre ingenio quirúrgico me sugiriese en el momento de la operación (aunque, como se comprenderá perfectamente, bajo un plan detallado y trazado con anterioridad entre mi compañero y yo), practicamos la operación el 23 de abril del presente año.

Anestesiada por el cloroformo la enferma y desinfectada todo lo más cuidadosamente posible la región, practiqué dos incisiones paralelas, aunque á distinto nivel por la asimétrica inserción de la lámina ó brida que formaba la pared inferior de la uretra, que par-

ESQUEMA DE UNA OPERACIÓN DE EPISPADIAS EN LA MUJER



1, 1, Mitades del clítoris.—2, Fondo del canal uretral.—3, Brida que formaba la pared inferior de la uretra.—*a*, *b*, *c*, *d*, *o*, Trazado de las incisiones.—*l*, *l*, *l*, *l*, Líneas que indican los puntos de sutura.

tiendo del fondo de este conducto en las proximidades de la vejiga urinaria, y á lo largo de su pared inferior en los puntos de su inserción en las dos porciones clitoridianas, venían á terminar en los puntos *a-b*, en dirección perpendicular á la superficie cutánea. De estas incisiones no va representado en el esquema adjunto más que su terminación, porque, dada su dirección, es imposible hacerlo, como lo comprenderá perfectamente el lector. Empezando en los mismos puntos *a-b*, tracé otras dos incisiones también paralelas, pero perpendiculares á las dos anteriores y formando ángulo recto con ellas, que siguiendo á lo largo de la cara interna de ambas porciones clitoridianas 1-1, fueron á terminar en los puntos *c* y *d*. Y á partir de los dos extremos anteriores de estas últimas incisiones, tracé otras dos, *c-o* y *d-o*, que fueron á reunirse en ángulo agudo en la parte

media y superior del canal uretral. Todas estas incisiones interesaban solamente la mucosa y limitaban toda la que recubría lo que debía ser pared inferior de la uretra.

Empezando de estas incisiones y marchando de la periferia al centro, disequé toda la mucosa comprendida entre ellas hasta los límites de la pared vesical anterior, y cuando estuvo hecho esto, de un tijeretazo separé la porción disecada todo lo más profundamente posible.

Procedí en seguida á la sutura de la superficie cruenta, de la manera siguiente: paralelamente en todo á las dos incisiones primeramente descritas, dí un punto de sutura entrecortada, con seda, como todos los demás, y con aguja de Reverdin, que, interesando toda la mayor cantidad de tejido blando que se pudo para llegar al fondo de la uretra, la cerró por su parte superior al anudarlo, reconstruyendo la pared que faltaba y dejando constituída la uretra por un estrechísimo conducto. Paralelamente á este punto de sutura, puse otros tres en la misma forma, pero á menos profundidad cada vez; las líneas *l-l* de la figura los representan. Anudados todos, quedó reconstruída la uretra y convertida la superficie cruenta en una línea de sutura, con las paredes perfectamente adosadas por la profundidad de los hilos. La reconstrucción del clítoris no resultó tan perfecta, porque como la incisión *b-d* era más larga que la *a-c*, no pude evitar que quedase alguna bolsa, que impidió la unión exacta de las dos porciones en que se hallaba dividido. En el conducto uretral coloqué una sonda de Nélaton, del número 12, con el carácter de permanente, y cubrí finalmente la herida con un apósito aséptico.

Toda la operación resultó bastante molesta, porque la especial sensibilidad de la región hizo que, á pesar de la profunda anestesia á que se sometió á la enferma, ésta la sintiese y se movía constantemente. No hubo que ligar más que una pequeña arteriola; pero la hemorragia capilar fué bastante abundante. Lo más difícil de ejecutar fué la aplicación del primer punto de sutura, en el cual cifraba yo todo el resultado de la operación. Quería que cogiese todos los tejidos blandos comprendidos entre la superficie cutánea y la pared vesical anterior, para que, adosándolos perfectamente, impidiese que la orina se introdujera á su salida en algún orificio ó receso que quedase abierto por descuido y destruyese ó impidiese la reunión de la herida por primera intención, dejando abierto otra vez el canal uretral anteriormente existente, y destruyendo al mismo tiempo la pared uretral superior de nueva formación. Afortunadamente no su-

cedió así, á pesar de lo difícil que fué la colocación de los hilos en la aguja de Reverdin, por lo estrecho y profundo de la uretra. Para facilitar esta maniobra con un separador de Farabeuf, que cabía perfectamente, sostenía y deprimía el ayudante la pared uretral inferior; si no, no hubiera sido posible el conseguir lo que me proponía.

De esta manera quedaron cumplidas las dos indicaciones que hay que llenar en el tratamiento del epispadias, que son: rehacer la uretra y devolver su aspecto normal al aparato genital externo, si bien esto último ya hemos dicho por qué razón no se logró tan bien como hubiera deseado.

Durante tres días estuvo la enferma con sonda permanente, y al cabo de ellos ya se vió que retenía muy bien la orina, hasta que se la sondaba cada cuatro horas. Ya desde este momento empezó á experimentar ganas de orinar cuando se llenaba la vejiga, y á los diez días se suprimió todo sondaje. La cicatrización se hizo por primera intención y el resultado ulterior de la operación ha sido inmejorable. La enferma orina actualmente con absoluta normalidad, reteniendo la orina durante muchas horas, hasta que las ganas de orinar la obligan á expelerla voluntariamente. Se dedica á llevar la correspondencia entre los pueblos del valle montañoso en que vive, y á pesar de las grandes marchas que efectúa retiene perfectamente la orina.

REFLEXIONES ACERCA DE UN CASO DE DERMATITIS VACINIFORME INFANTIL

POR EL

DR. D. ANTONIO LEDO

Director de la Consulta dermatológica del Hospital de Nuestra Señora de Esgueva (Valladolid).

La observación que necesariamente nos impone nuestra labor hospitalaria, me permite presentar un caso por todos conceptos instructivo, que difiere del *eritema papuloso post-erosivo*, con el cual tiene semejanzas estrechas, y que fué objeto de estudio por mí en esta REVISTA (1).

El examen de ambos casos nos pone de manifiesto la necesidad de proceder con calma antes de establecer un diagnóstico serio, pues

(1) Número 860, noviembre, 1904.

fácilmente nos llevaría á interpretaciones erróneas, por eso aumenta mi creencia, se hace preciso una vez más, establecer el paralelo entre afecciones de identidad tan marcada como la *dermatitis vaciniforme infantil;* el *eritema papuloso post-erosivo;* el *ectima infantil ulceroso del recién nacido*, y la *sifílide eritemato-papulosa* y *pápulo-erosiva.*

Hoy me es factible presentar la observación recogida en un niño de cinco meses, nacido á término, lactado por su madre, de excelente salud hasta el presente, aunque de nutrición deficiente, y que los antecedentes patológicos de los padres nada específico aportan.

La madre nos refiere que la aparición de las lesiones actuales tienen mes y medio de fecha, y que unos días antes se presentó una diarrea verde, deduciendo además, por el interrogatorio, que el niño permanecía largo tiempo sin que se cambiasen las ropas humedecidas por la orina.

El examen objetivo de las lesiones nos revela como elementos iniciales pequeñas manchas de eritema ó nudosidades, del tamaño de una lenteja ó dos reales, que bien permanecen aisladas ó se confunden con otras, teniendo como carácter especial el presentarse en series lineales y paralelas, y en el fondo y bordes de los pliegues de flexión, ofreciendo en el centro de aquéllas la existencia de una vesiculita, que se rompe y deprime en su centro, dando lugar á una ligera exudación, y más tarde á una exulceración de una coloración marcadamente plateada y circundada por un borde rosado.

Las lesiones se localizan en las ingles, región pubiana, bolsas escrotales, surco interglúteo y regiones poplíteas y en aquellas superficies en que hay contacto en la piel de los muslos, debiendo hacer notar la existencia de algunos elementos reparados que se hacían obstensibles, tan sólo por sus manchas morenuzcas, pero sin huella cicatricial alguna.

La presencia de fisuras comisurales, invadiendo la mucosa, y que se hicieron sanguinolentas al ser entreabierta por la madre la boca del niño, y con ellas, la existencia de lesiones que á primera vista parecían propias á la sifílide, eritemato-papulosa y pápulo-erosiva, pudieron fácilmente inducirnos á reputarlas como sintomáticas de una sífilis hereditaria precoz, pero la ausencia del pénfigo, coriza, placas mucosas, facies y sarcocele sifilítico, predominio de sus manifestaciones cutáneas en las nalgas, coloración de jamón, subsistiendo á la presión, son hechos negativos que confirman la no especificidad del proceso objeto de nuestro estudio, avalorándolo más la

rapidez de su curación sin tratamiento específico, el carácter objetivo de las lesiones, con su disposición lineal, su superficialidad, umbilicación y coloración plateada de los elementos propios al *eritema vaciniforme infantil*, y que difieren *del eritema papuloso posterosivo* (como ya apunté al historiar este caso), en el cual su localización se hace en las nalgas y parte posterosuperior de los muslos, siendo las pápulas redondeadas de coloración roja, húmedas al tacto, dejando observar en su periferia, un fino plegado del epidermis en forma radiada, y además en que la papulación que se establece por la irritación y reacción del dermis puesto al descubierto, se hace con posterioridad á la aparición de las vesículas y erosiones.

Establecida la diferencia que entre sí tienen afecciones al parecer tan afines, réstanos señalar la necesidad de distinguirlas del *ectima infantil ulceroso del recién nacido*, que como aquéllas goza del privilegio de afectar á los niños en los primeros meses de la vida, de manifestarse con localizaciones análogas, siendo las lesiones de forma ulcerosa, y reconociendo la acción irritante de la orina á más de la parasitaria, como factor etiológico determinante, pero un estudio atento con tales elementos de juicio, nos permitirá señalar que en el *ectima* las lesiones tienen su asiento en las partes salientes y no en los pliegues, como en el *eritema vaciniforme*, que en éste no se estiman la limpieza de los bordes de las úlceras talladas á pico, ni ganan en profundidad las superficies ulceradas, ni dejan como reliquia cicatrices indelebles, ni es tan perezoso en su curación como aquél.

Como término á nuestro trabajo, haré constar que el enfermo historiado fué dado de alta por curación á los doce días, limitándose el tratamiento á simples lavados con agua hervida, barnizamientos con una pomada á base de ictiol, ácido salicílico, lanolina y vaselina, espolvoreando las regiones afectadas con el polvo de talco, ácido bórico y subnitrato de bismuto, haciendo el encargo especial á la madre, tuviera una vigilancia estrecha para renovar las curas, tan pronto las viera humedecidas, y evitar el contacto de las superficies ulceradas mediante la aplicación de tiras de gasa hidrófila.

Y como complemento al estudio analítico hecho, presentaré el cuadro comparativo adjunto, que hará factible á primera vista la posibilidad de establecer un diagnóstico diferencial de las afecciones apuntadas.

ERITEMA PAPULOSO POST EROSIVO	ERITEMA VACINIFORME INFANTIL	ECTIMA INFALTIL ULCEROSO DEL RECIÉN NACIDO	SIFÍLIDE ERITEMATO-PAPULOSA
Frecuente en los primeros meses de la vida.	Frecuente en los primeros meses de la vida.	Frecuente en los primeros meses de la vida.	Frecuente en los primeros meses de la vida.
Acción irritante, orina como factor etiológico.	Acción irritante orina como factor etiológico.	Etiología parasitaria.	Naturaleza específica.
Localización en las nalgas y parte posterosuperior de los muslos.	Localización en las ingles, surco interglúteo, regiones pelviana, poplítea y escrotal, con disposición lineal en su fondo y bordes.	Localización en las partes salientes y menos frecuentemente en los pliegues y muslos.	Predominio de localización en las nalgas y región anal.
Auto-inoculable.	Auto inoculable.	Auto-inoculable.	No inoculable en un niño diatésico.
Pápulas redondeadas, rojas, húmedas y duras al tacto, con fino plegado del epidermis en forma radiada en su periferia.	Manchas eritematosas ó nudosidades centradas por vesículas que se rompen, umbilican y ulceran superficialmente, de coloración plateada.	Ulceraciones consecutivas ruptura vesicopústulas de bordes tallados á pico, de fondo sucio, de invasión excéntrica y profunda	Pápulas redondeadas salientes, vegetantes, induradas, de color de jamón, que no se borran á la presión y que se ulceran por contacto de la orina, dejando entonces:
No dejan huella cicatricial.	No dejan huella cicatricial.	Cicatrices indelebles.	Cicatrices indelebles.
Papulación secundaria á la aparición vesículas y erosiones.	Papulación primitiva.		Coexistencia de pénfigo, coriza, fisuras comisurales, placas, facies y sarcocele sifilítico.
Curación rápida, tratamiento sencillo y limpieza.	Curación rápida.	Curación lenta y pronóstico desfavorable á veces; por término, marasmo, caquexia y muerte.	Curación lenta por tratamiento específico.

REVISTA DE UROLOGÍA

POR EL

DOCTOR DON ANGEL PULIDO Y MARTIN

Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid.

I. Tratamiento quirúrgico de la epididimitis blenorrágica aguda.—II. Demostración en el vivo de tres uréteres é infección gonocócica de uno de ellos.—III. Cólicos nefríticos artificiales como medio de diagnóstico — IV. Los riñones durante el embarazo.

I. Datan de larga fecha las intervenciones quirúgicas sobre la glándula genital masculina en casos de blenorragia aguda. Pirogoff, en 1852, puncionaba el testículo con orquitis. Vidal de Cassis abría la túnica albugínea, conducta sancionada por Ricord, y, por último, H. Smith, animado por los felices resultados de una operación análoga que llevó á cabo en un enfermo en quien sospechó erróneamente un absceso del testículo, refería en *The Lancet* (1864) haberla repetido en *mil casos* (!). Watson, fundándose en analogías anatómicas entre el ojo y el testículo y en los buenos efectos de la iridectomía y punción de la esclerótica, recomendaba la punción de la albugínea. Spencer Watson (1867) reconoce que la punción de la vaginal parece más provechosa que la de la túnica albugínea.

W. T. Belfield, citado por F. R. Hagner, de Washington, en un curioso artículo publicado sobre este tema en el *Medical Record*, afirma que ha visto en muchos casos de epididimitis blenorrágica una exudación en la vaginal y edema de la piel, pus en el epidídimo. Hagner ha encontrado también pus con muchos gonococos en un enfermo con ligero hidrocele y sin edema cutáneo. Baerman deduce de 28 casos de epididimitis: 1.° No son raros los abscesos en el epidídimo. 2.° Suelen ir seguidos de hidrocele. 3.° En los focos del epidídimo se encuentran gonococos aun después de pasados varios años desde la infección uretral. 4.° La punción temprana puede evitar la oclusión del conducto deferente. 5.° Debe puncionarse el hidrocele para favorecer la circulación. 6.° Debiera ser más frecuente la incisión y el desagüe del epidídimo infectado.

Hagner admite que la mayor parte de los casos curan sólo con tratamiento médico, pero fundándose en seis observaciones personales, cree que el restablecimiento en los casos graves es más rápido y completo con la operación, á la que fué inducido por la analogía

entre la epididimitis y las artritis blenorrágicas, y los resultados obtenidos en éstas con la apertura seguida de irrigación. He aquí la técnica de Hagner.

Se prepara el enfermo como para una operación importante y se le anestesia. No debe emplearse la cocaína por el dolor que provocan las maniobras preliminares del acto quirúrgico. Hace en el escroto, sobre la unión del testículo y del epidídimo, una incisión de 6 á 10 centímetros de larga, según la inflamación, y penetra hasta la vaginal, que es abierta en dicho límite epidídimotesticular. Se evacua todo el flúido existente en aquella serosa, y el epidídimo, unido al testículo, se saca de la vaginal, envolviéndolo en paños calientes. Entonces se examina el epidídimo; á través de su cubierta fibrosa se hacen múltiples punciones con un tenotomo, sobre todo en los sitios donde es mayor la tumefacción. El tenotomo debe penetrar bastante para que llegue hasta el tejido conjuntivo infiltrado, lo que se conoce porque disminuirá la resistencia de la cápsula fibrosa. Si sale pus por alguno de los orificios de las punciones, se agrandan éstas con una sonda dirigida en la dirección del pus; así cree Hagner corren los tubos del epidídimo menos peligro de ser lesionados. Se completa la evacuación del pus con ligero masaje de la región del absceso, que se lava con una disolución de sublimado corrosivo al 1 por 1.000, seguido de otra fisiológica de sal, inyectadas con una jeringuilla de punta delgada. Se vuelve á colocar entonces el testículo en su posición normal, se lava la vaginal con la disolución de bicloruro, seguida de la disolución normal de sal, y se cierra esta serosa con una sutura continua de catgut, dejando sobre la incisión un desagüe de gasa del tamaño de un cigarrillo. Un alambre de plata sirve para la sutura subcutánea del escroto, dejando en la extremidad inferior de la herida paso para el desagüe. Encima se aplica un papel de plata y el apósito esterilizado, soportando el total con una venda en T.

En todos los casos operados por Hagner había líquido en la túnica vaginal (desde algunos gramos hasta dos onzas); cuanto mayor era la tumefacción más líquido. Este líquido se parece al de las artritis blenorrágicas, ligeramente sanguinolento y con cantidad variable de fibrina y leucocitos. La túnica parietal de la vaginal aparece congestionada; la congestión es mayor aún en la parte que envuelve el epidídimo, donde parece han tenido lugar hemorragias puntiformes. En un caso, todo el epidídimo estaba recubierto por una falsa membrana semejante á las diftéricas; su desprendimiento ocasionó una

hemorragia. Esta membrana estaba formada de fibrina, pocos leucocitos y restos de células; en la membrana no se encontraron gonococos, pero sí en el pus obtenido con las punciones del epidídimo. No hubo pus en tres de los seis casos operados, pero en la túnica vaginal de uno de aquéllos se encontraron gonococos; también se encontraron estos microbios en dos de los otros tres casos con pus.

El epidídimo es mucho más grueso á la palpación, sobre todo en la región de la cola, donde tiene una dureza pétrea.

La punción determina allí de ordinario la salida de sangre de color obscuro. El sitio más invadido después de la cola, es la cabeza, donde Hagner ha encontrado en dos casos el pus con gonococos.

La mejoría después de la operación parece tan grande cuando hay pus como cuando no lo hay, indudablemente por la disminución de tensión que determinan las punciones del epidídimo, la evacuación del líquido de la vaginal y el desagüe. Los casos operados eran graves, con vivísimos dolores que desaparecieron inmediatamente después de operados. Al segundo día, si hay exudación, se cambia el desagüe y se muda el apósito. Se quita el desagüe á los cuatro ó seis días, y á los ocho ha curado la herida y el enfermo se entrega á sus ocupaciones ordinarias. Es notable la rapidez con que desaparece la induración, no sólo del epidídimo, sino del conducto deferente.

El número de leucocitos disminuyó en un caso durante cuarenta y ocho horas desde 18.600 hasta 9.000, y al mismo tiempo se normalizaron la temperatura y el pulso. No hubo infección consecutiva al acto quirúrgico, recidiva, atrofia del testículo, ni ninguna otra complicación ó consecuencia desagradable.

Practicar la operación en casos de epididimitis blenorrágica, es, según Hagner, seguir una conducta racional en consonancia con la ciencia patológica. La operación puede ser ejecutada con poco riesgo para el enfermo. La infiltración del epidídimo desaparece más rápidamente con el tratamiento operatorio que con cualquier otro. Disminuye el peligro de lesión permanente del testículo y del epidídimo. Cuando los enfermos despiertan de la anestesia, se encuentran absolutamente libres de dolor. El tratamiento médico es de ordinario seguido de mejoría relativa y acaso no de curación permamente, porque quedan los agentes infecciosos; el camino más racional para expulsarlos es la incisión seguida de irrigación y desagüe.

II. De la importancia práctica de las anomalías uretéricas nos convence el curiosísimo artículo publicado por Bransford Lewis, de San Luis, en el *Medical Record*, de Nueva York, el 6 de octubre del

presente año, trabajo que demuestra la necesidad en que el especialista se encuentra de poseer todos los recursos de exploración.

Era el caso observado un enfermo de veinticuatro años de edad, que desde 1900 padecía de repetidos ataques de uretritis blenorrágica, contra los que se habían agotado, en vano, todos los recursos terapéuticos pertinentes. A cada mes que pasaba, el enfermo veía reproducirse, sin nuevo contacto sexual, el flujo de la uretra, que contenía abundantes gonococos. Durante los repetidos análisis hechos por los ayudantes de Lewis en el transcurso de las dos primeras semanas de tratamiento, dedicadas á la desinfección de las vías urinarias inferiores, se observó que los gonococos existentes en el flujo uretral ó en el expulsado de la próstata, eran menos numerosos que los encontrados en el sedimento de la orina. La cistoscopia demostró dos desembocaduras uretéricas en el lado izquierdo, en la línea interuretérica, separadas entre sí $^{3}/_{16}$ de pulgada, y un solo orificio uretérico en el lado derecho. Se supuso que las dos aberturas del lado izquierdo eran las de un uréter duplicado ó bifurcado, pero el cateterismo de ambos uréteres del mismo lado, llegando hasta una profundidad que dejaba suponer se había alcanzado el riñón, no permitió la sensación de contacto entre ambas sondas. Se dejó para más adelante el sondeo del lado derecho. Por el desagüe de los dos uréteres izquierdos, se vió que el que estaba á la extrema izquierda funcionaba con más actividad. Las orinas que salían por las dos sondas no parecían tener entre sí la menor relación. El ritmo de salida del líquido era distinto; la periodicidad en la expulsión de orina diferente; mientras por el extremo izquierdo evacuaba tres veces, el otro, que pudiéramos llamar el del medio, sólo una; el peso específico de la orina del extremo izquierdo era de 1.005, y el de la del medio 1.010; la del primero era mucho menos coloreada, turbia, con copos; la segunda parecía más normal. El examen microscópico de la orina del ureter izquierdo descubría mucho pus y epitelios, algunos glóbulos rojos, y en muchas de las células del pus, colonias de un diplococo análogo al gonococo, que teñía el azul de metileno y decoloraba el Gram. En la orina del uréter mediano ni pus ni microorganismos.

Después de obtenida la cantidad de orina necésaria para practicar las investigaciones dichas, se inyectó por el cateter del lado izquierdo una disolución coloreada de plata; la pelvis renal recibió tres dracmas de líquido, sin que el enfermo acusase la menor molestia; mientras tanto, el cateter, que sondaba el meato central,

seguía como antes dejando salir orina, que no estaba teñida con el color de la disolución argéntica, ni presentaba alterado su ritmo de expulsión, lo que constituía nueva prueba de la independencia de ambas fuentes de orina. Cuando se inyectó la disolución de plata por el cateter del orificio medio, bastaron 15 mínimas para provocar un dolor cólico en la región renal izquierda, demostrando que la capacidad de esta pelvis renal era mucho menor que la del otro ureter.

Dos días después se hizo la investigación del ureter del lado derecho, juntamente con un nuevo sondeo del ureter infectado (extremo izquierdo). En la orina del lado derecho no había ni pus ni organismos patógenos; la secreción de orina era más activa que en el lado izquierdo y mejor su calidad (peso específico, 1.010). La cantidad de pus que salió del ureter izquierdo durante su segundo sondeo fué menor, y, lo que es más importante, tampoco se encontraron en él gonococos. Se lavó de nuevo la pelvis con la disolución de plata.

Tres días después se hizo una radiografía de los tres uréteres por el procedimiento de Kolischer y Schmidt, pasando por el cateter, que sondaba cada uno, un mandril de plomo para obtener la opacidad en la línea del ureter. La radiografía demostraba que el ureter del lado derecho era en absoluto independiente. La dirección general de los uréteres del lado izquierdo era la del ureter normal, pero se cruzaban al nivel del estrecho superior de la pelvis, terminando como consecuencia el ureter que empezaba en el extremo izquierdo de la vejiga, más próximo á la línea media que el que tenía meato central; aquél era el infectado con gonococos.

Así se explicaba la repetición de blenorragias durante cinco años, sin que el enfermo se hubiera expuesto á nuevas infecciones.

Las irrigaciones de la pelvis renal con la disolución argéntica hicieron desaparecer todo vestigio de infección. El enfermo marchó á su casa, pasada una semana, con la orina clara, y sin que después, durante siete meses transcurridos, se hayan vuelto á presentar las molestias.

Es notable en este caso, muy bien descrito por Lewis y aclarado por curiosos grabados, el diagnóstico, durante la vida, de la existencia de tres uréteres y la infección de uno de ellos quedando libre el inmediato. Los experimentos hechos demuestran la independencia absoluta de las dos pelvis renales del mismo lado, pero el término feliz de la infección nos deja en la duda de si se trataba de un solo riñón con dos pelvis distintas, caso relativamente frecuente, se-

gún he podido comprobar por el gran número de ejemplares que he estudiado en varios Museos de Anatomía patológica, ó de dos riñones independientes con sus pelvis y uréteres propios.

III. Es sabido que la distensión artificial de la pelvis del riñón determina dolores vivísimos, según comprobaron los alumnos de la Facultad de Medicina, en cuya presencia hice, el curso pasado, algunos lavados de pelvis renal. La distensión de esta cavidad hasta provocar dolor se emplea ordinariamente para medir su capacidad, y su uso corriente ha permitido reconocer la frecuencia, no sospechada antes, de dilataciones pélvicas. Henri T. Hutchins aprovecha también el dato dolor provocado con fin diagnóstico, y en *The American Journal of Obstetrics* expone una serie de 100 casos de provocación de cólicos nefríticos. Prepara al enfermo para un examen cistoscópico, según el método de Kelly, diciéndole que van á verle la vejiga, pero no que le provocarán dolor renal alguno durante el examen.

Colocada la paciente en la posición genutorácica se le introduce en la vejiga un cistoscopio de Kelly (que pertenece al tipo de los de aire) y enfocada la desembocadura del ureter se cateteriza este conducto, introduciendo la sonda por el meato uretérico y empujándole con lentitud y atención. Es necesario que el orificio interno de la sonda llegue á penetrar en la pelvis renal. Entonces saca el cistoscopio y permite á la enferma adoptar postura más cómoda acostada sobre el dorso ó sobre un lado. Un cateter de cristal introducido en la vejiga, da salida al aire que penetró durante la cistoscopia, y permitirá luego comprobar si entre la sonda uretérica y este conducto escapa el líquido que se inyecte por aquélla, que, naturalmente, irá á la vejiga. Las disoluciones que se empleen pueden estar teñidas para mayor evidencia. Se hace penetrar con mucho cuidado el líquido en la pelvis del riñón hasta que la paciente empiece á sentir dolor; cuando éste toma un carácter definido, se deja escapar la inyección y la enferma experimenta una mejoría instantánea.

El dolor producido es tan característico, que los enfermos, en un 98 por 100 de los casos, afirmaban con seguridad si era ó no el mismo dolor que padecían de ordinario. Hutchins divide los cien casos estudiados en cuatro grupos: 1.° Dolor provocado en un riñón normal: no es el mismo que molesta al enfermo en otras ocasiones; se pueden excluir enfermedades renales. 2.° El dolor provocado es el mismo que el que aqueja el enfermo; se confirma el diagnóstico

de enfermedad renal ó uretérica. 3.º Dilatación de la pelvis renal, estrechez del ureter. 4.º Casos dudosos y equivocaciones.

El grupo primero comprende 23 casos; en todos ellos la inyección de líquido en la pelvis renal provocó un cólico renal típico. El dolor tenía una localización definida en el triángulo lumbar superior. En ninguno de los casos, sin embargo, el dolor provocado tenía la menor semejanza con el dolor que antes había atormentado al enfermo, y quedaba eliminada del diagnóstico toda enfermedad que pudiera producir una dilatación permanente ó intermitente de la pelvis renal. El diagnóstico fué confirmado en la operación. El segundo grupo incluye 50 casos. En todos estos casos se reprodujo el cólico renal típico ó un dolor referible al riñón, que el enfermo reconocía ser el que aquejaba de ordinario y el que determinó su ingreso en la clínica. En 35 casos, 25 del lado derecho y 10 del izquierdo, el riñón era móvil y se le sujetó. En ocho casos, cuatro de cada lado, era la causa el riñón móvil, pero se rechazó la operación. En dos casos, uno de cada lado, se empleó el tratamiento con cinturones. En tres casos se practicó la nefrotomía, que hizo desaparecer los síntomas. En un caso se fijó el útero y en el otro se extirpó el apéndice, sin que ninguna de estas operaciones calmara el dolor. El grupo tercero abarca 17 casos; en 10 no se operó; el embarazo fué la contraindicación de un caso, la enfermedad era bilateral en otro, y en un tercero, el enfermo expulsó espontáneamente un cálculo. Siete enfermos rechazaron la operación. De los siete casos restantes, se fijó el riñón y plegó la pelvis en uno, se fijaron el estómago, el hígado y el riñón en otro, se extrajeron cálculos uretéricos en dos, se transplantó el ureter en la vejiga en un caso; á un caso le liberaron el ureter y se quitó el riñón en otro. El grupo cuarto cuenta 10 casos, que son los que indican las limitaciones de este método diagnóstico. En seis casos, eran tan vagas, tan indefinidas las respuestas de los enfermos, sobre localización del dolor, que no se pudo llegar á un diagnóstico positivo. En tres casos se reprodujo el dolor del enfermo; su localización era precisa y los enfermos padecían, uno, adherencias del omento; otro, cálculos hepáticos, y en el tercero no se vió enfermedad del riñón. Estos tres casos son considerados como errores. Tres de los enfermos habían sufrido antes, sin resultado, operaciones para suprimir el dolor. En un caso había en el costado derecho un tumor abollonado, que se suponía sarcoma del riñón; la autopsia demostró que era de origen hepático, pero íntimamente unido al riñón. El enfermo refería al tumor su dolor.

Hutchins termina asegurando que la capacidad de reproducir artificialmente el dolor que atormenta á un enfermo, es siempre un gran auxiliar diagnóstico. La distensión forzada de la pelvis del riñón con un líquido suave provoca siempre un dolor renal (cólico renal) claro, típico.

En la inmensa mayoría de los casos, los enfermos pueden diferenciar el dolor causado por el método de la inyección, del que tiene otras causas. Este método permite con frecuencia hacer diagnósticos en muchos casos de sintomatología obscura, antes no diferenciados por los médicos. Este método permite también medir la capacidad de la pelvis renal y obtener los datos interesantes que tal medida lleva consigo.

IV. *Riñón del embarazo.* Así se expresa el conjunto de modificaciones que experimentan aquel órgano y su función como efecto de los diversos factores que actúan sobre tal glándula durante la preñez. En el embarazo, el riñón sufre una congestión activa por el aumento de trabajo que debe realizar: congestión fisiológica. Además, la matriz, al crecer, ejerce presión sobre la vena cava y renales, produciendo una congestión renal pasiva, más acentuada en los dos primeros embarazos. Consecuencia de estas congestiones es la degeneración del epitelio renal, que va acompañada de una disminución del poder eliminador, causa del mayor acúmulo de substancias tóxicas en el cuerpo de la madre. Los productos del catabolismo fetal y materno al atravesar el epitelio renal en las condiciones ya expuestas de menor resistencia, actuarán como irritantes. Según Williams «una función anormal de los riñones, que sería de poca importancia en circunstancias ordinarias, puede ser seguida de graves consecuencias durante el embarazo».

El capítulo del *riñón del embarazo* es muy extenso y distinto del que discute las relaciones entre la enfermedad de Bright y la preñez; tampoco incluye la eclampsia, toxihemia que puede ser la última etapa del *riñón del embarazo*, pero que en ocasiones existe sin que parezca interesado este órgano. Prentiss, de Washington, en el *New-York Medical Journal*, divide los casos de *riñón del embarazo* en tres grupos, en consonancia con la gravedad de las lesiones, aunque se recuerde que aquí, como en todas las clasificaciones patológicas, hay casos intermedios. Primer grupo: Riñón fisiológico del embarazo, ó ligera congestión pasiva. Segundo grupo: Gran congestión pasiva con degeneración turbia. Y tercer grupo: Nefritis parenquimatosa avanzada.

1.° *Riñón fisiológico del embarazo.*—Ligera congestión pasiva con pocos cambios en la estructura de las células epiteliales y en su actividad. Rara vez hay albúmina en la orina y no se encuentran cilindros. Los fenómenos nerviosos de los primeros meses del embarazo acaso sean debidos, en parte, á la disminución en la eliminación de los productos del organismo. Algo más del 50 por 100 de todas las embarazadas no presentan otros cambios; los únicos síntomas que ofrecen son los usuales del embarazo, mareo por la mañana, perversiones del apetito, etc.

2.° *Gran congestión con degeneración turbia.*—En la orina se descubren indicios de albúmina y algunos cilindros hialinos; la evolución de la degeneración turbia conduce á la adiposa y la orina revela un aumento en la cantidad de albúmina y de elementos organizados; células epiteliales con granulaciones y cilindros hialinos y granulosos. Al lado de los cambios descritos en la orina, hay síntomas claros de insuficiencia renal que afortudamente no son graves, pero tienen gran valor porque dan al médico la señal de alarma; los más pronunciados son: ligero dolor de cabeza, cansancio, edema de la cara y de las extremidades, disminución de la secreción urinaria; en algunas enfermas aumenta ligeramente la presión sanguínea. Los casos de este grupo se manifiestan como tales hacia la mitad del embarazo. El 85 por 100, sobre poco más ó menos, permanece estacionario hasta el parto, y una vez desaparecida la causa, curan rápidamente. El 15 por 100 empeoran y constituyen el grupo tercero. El pronóstico es grave, pero suele haber restablecimiento.

3.° *Nefritis parenquimatosa avanzada.*—No se diferencia de la producida por otras causas. La orina contiene en gran cantidad albúmina, cilindros de varias clases, epitelio granular y adiposo, y con frecuencia sangre. Los síntomas son: gran dolor de cabeza, trastornos oculares, edema evidente, muy disminuídas la cantidad de orina y de urea excretadas, alteraciones nerviosas y mentales, como insomnio, delirio, coma, sacudidas musculares, convulsiones; en una palabra, uremia. La presión sanguínea es siempre superior á la normal y llega á ser muy alta cuando se desarrollan los síntomas urémicos. Este grupo comprende un 6 por 100 de los embarazos. Algunos de estos casos terminan en eclampsia.

Sólo el examen de la orina hace posible el diagnóstico al principio. En todo caso de embarazo debe analizarse la orina en el momento en que la mujer se presenta al médico, y después con intervalos regulares. Debe decirse á las embarazadas que notifiquen al

médico la presencia de edemas, de dolor de cabeza, de disminución de visión, etc. El esfigmomanómetro es un gran auxiliar del clínico. T. C. Janeway recomienda se averigüe la presión sanguínea durante el embarazo, al mismo tiempo que se hace el análisis de la orina. Preciso es reconocer, sin embargo, que no hay, ni mucho menos, unanimidad de opiniones sobre el dato de presión sanguínea durante el embarazo, según el Dr. Prentiss. T. C. Janeway dice: «Encontramos á Quirrel y Raynaud asegurando que existe la hipertensión, y va aumentando durante todo el embarazo hasta el parto; Wiessner afirma que el aumento de presión sanguínea ocurre durante los últimos meses, mientras Vaquez y Millet, Goldwater, y Cook y Briggs no encontraron nunca una presión de la sangre mayor de la normal hasta que empezaron las contracciones uterinas». Prentiss, que ha determinado la presión sanguínea en varias embarazadas en distintos períodos de su gestación, la vió aumentada sólo en dos casos, que al mismo tiempo presentaban considerable cantidad de albúmina y otros signos de insuficiencia renal. Es sabido que á las variaciones de la presión sanguínea acompaña los cambios de parénquima renal, aumentando paralelamente á sus alteraciones. Hoy se puede afirmar (Prentiss) que en los embarazos normales no es mayor esa presión.

Si en todos los casos de embarazo se hiciera el detenido examen recomendado por Prentiss en su artículo, disminuiría mucho la morbilidad y mortalidad por uremia y eclampsia; toda grávida debe observar las prescripciones higiénicas propias de su estado; tan pronto aparezca albúmina en la orina, haya dolor de cabeza persistente ó aumento de presión sanguínea, deberá la mujer disminuir el ejercicio y tomar alimentación sencilla con poca carne. Se mantendrá libre la función de la piél y la de los intestinos. Si á pesar de este tratamiento permanece estacionario el estado de la enferma, ó empeora, se acudirá á procedimientos más enérgicos: descanso absoluto en la cama, dieta de leche descremada, purgantes y sudoríficos; y si no mejora la paciente, los síntomas son graves y el niño es viable, está indicada la provocación del parto prematuro. Esto último es lo que hizo el autor en un caso que, según él, empezó por congestión pasiva, seguida de degeneración turbia y luego de nefritis parenquimatosa. Después del parto, provocado en el octavo mes, desaparecieron todos los síntomas de la madre, y el niño, que al principio no crecía, pronto se repuso. Dados los progresos que hizo la enfermedad durante los ocho meses, se puede suponer que de

continuar el embarazo hubiera aumentado en gravedad, y tal vez se hubiese presentado la uremia ó la eclampsia; los peligros para el niño eran también mayores á medida que pasaba el tiempo.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión inaugural del día 12 de Octubre de 1906.

Manifestaciones oculares del histerismo.—El Presidente, Dr. D. Sinforiano García Mansilla: El histerismo, trastorno funcional del sistema nervioso, que carece de lesión ó nos es desconocida, no podía dejar de presentar manifestaciones en un aparato como el de la visión, compuesto de tantos órganos y tejidos encargados de ejecutar multitud de actos que contribuyen á realizar la función visual.

Las manifestaciones que el histerismo determina en el aparato visual pueden acompañar á otras de las diversas regiones orgánicas, ó alternar con ellas, por lo cual su estudio es de gran utilidad, no sólo para el oftalmólogo, sino también para el neurólogo.

Las manifestaciones del histerismo en el aparato visual, no sólo afectan al globo ocular, sino también á sus anexos, y lo mismo pueden referirse á la motilidad que á la sensibilidad ó que á la función visual.

De ahí que para el estudio metódico de las manifestaciones oculares del histerismo las dividamos en cuatro grupos: 1.°, las que afectan á la esfera motora del aparato de la visión; 2.°, las que interesan á la sensibilidad general; 3.°, las que modifican las secreciones, y 4.°, las que se refieren á la esfera visual.

Después haremos algunas consideraciones sobre la etiología, fisiología, patología y tratamiento de las manifestaciones oculares del histerismo.

1.° Manifestaciones motoras del histerismo en el aparato de la visión. —Todos los músculos que forman parte del aparato de la visión pueden ser afectados por el histerismo, lo mismo el elevador del párpado superior y el orbicular, que los extrínsecos é intrínsecos del globo ocular.

Orbicular de los párpados.—Este músculo es atacado con frecuencia de espasmo en el histerismo, pudiendo ser clónico ó tónico.

El *espasmo clónico* consiste en un temblor fibrilar de los párpados, que se manifiesta principalmente durante la contracción de éstos y en el sueño hipnótico.

El *espasmo tónico* del orbicular de los párpados, llamado también blefarospasmo, es generalmente unilateral, y del lado de la anestesia cutánea,

cuando coexiste con esta manifestación histérica y cuando es doble, es más manifiesto del lado de aquélla.

Si el blefarospasmo es muy intenso, impide al paciente abrir los ojos, constituyéndose un ptosis, llamado pseudoparalítico por Parinaud.

El blefarospasmo histérico presenta exacerbaciones que pueden ser provocadas por la excitación de las zonas histerógenas y suprimidas por la presión sobre las zonas moderadoras. Puede ó no ser doloroso; en el primer caso, existe una zona de hiperestesia que rodea á la órbita; en el segundo, dicha zona es anestésica. La ceja correspondiente al lado del blefarospasmo está más baja. A veces se asocia al blefarospasmo la ambliopía histérica, y otras los trastornos de los músculos motores del ojo.

Elevador del párpado superior.—El espasmo histérico de este músculo no se menciona por todos los autores, no obstante que ya fué descrito por Dalrinple y modernamente por Berger, que ha observado un caso muy característico.

Durante el espasmo del elevador del párpado superior el ojo está fuertemente abierto, presentando el mismo aspecto que en el bocio exoftálmico en su período inicial.

Dicho espasmo es pasajero y cede con facilidad por medio de la sugestión.

Músculos extrínsecos del ojo.—El histerismo presenta manifestaciones en los músculos que mueven el globo ocular.

El espasmo de éstos provoca la diplopia y con frecuencia precede á los ataques convulsivos. Se ha observado durante los ataques la desviación conjugada espasmódica de los ojos, que puede, como los otros espasmos de los músculos motores del ojo, persistir después de dichos ataques.

El espasmo del recto interno es el que se observa con más frecuencia y aparece cuando se fija la mirada para un objeto próximo.

Además de los espasmos, se observan, aunque con menos frecuencia que éstos, las parálisis de los músculos extrínsecos. Así se ha observado la parálisis del recto externo, la del recto inferior, la del oblicuo menor y la del recto superior, asociadas á veces á la del elevador del párpado superior.

En ocasiones no se ha hecho un diagnóstico preciso entre el espasmo de los músculos extrínsecos y la parálisis de sus antagonistas, por lo cual algunos de los casos publicados como parálisis histéricas, no son, sin duda alguna, más que de espasmo, hecho que ha sido comprobado por Borel.

Hay casos en los que existiendo una parálisis de algunos de los movimientos voluntarios de los ojos, se conservan, sin embargo, los movimientos reflejos de estos mismos músculos.

Entre las parálisis histéricas la más frecuente es el ptosis y la parálisis del recto externo, aunque es difícil diferenciar ésta del espasmo de su antagonista.

El ptosis puede depender de parálisis del elevador ó de espasmo del orbicular. En el primer caso, el ptosis es casi siempre unilateral y en el segundo bilateral. Además, según Charcot, se distinguen una y otra afección por el síntoma llamado de la ceja. Si del lado del ojo cerrado hay descenso de la ceja, se trata de un espasmo, y si aquélla se encuentra elevada, se trata de un ptosis paralítico.

La oftalmoplegia extrínsica completa, de naturaleza histérica, se ha descrito por Röder, pero su enfermo presentaba con frecuencia una contracción de todos los músculos del ojo que producía su inmovilidad.

La oftalmoplegia extrínsica completa, de naturaleza histérica, se caracteriza por la abolición de los movimientos voluntarios de todos los músculos motores del ojo y la conservación de los inconscientes.

Los movimientos del globo son imposibles cuando los solicita la voluntad, pero á causa de un ruído, una impresión luminosa, etc., se presentan por acción refleja. La oftalmoplegia es debida á parálisis de los centros corticales psico-motores de los músculos del ojo.

El estrabismo espástico histérico es muy raro fuera de los ataques; existen, sin embargo, casos publicados por Borel, Lapersonne, etc. Casi siempre interesa al recto interno, pero otras al recto superior, al oblicuo menor, etc.

Todos los trastornos musculares del histerismo pueden provocarse por la sugestión. Así Borel provocó el ptosis, el estrabismo, etc., si bien en estas experiencias es menester ser muy prudentes, pues estos trastornos pueden hacerse permanentes.

La insuficiencia de los rectos internos ó una parálisis de la convergencia se observa con frecuencia en los histéricos.

El *nistagmus* puede preceder al espasmo de la convergencia y existir durante un ataque de histerismo, pero es fenómeno pasajero; el nistagmus verdadero no es dependiente del histerismo.

La pérdida del sentido muscular de los músculos motores del ojo, ha sido demostrada por Borel. Los enfermos no saben darse cuenta de la posición de sus ojos cuando se les hace mirar por un tubo. En estos experimentos conviene que el individuo no mire á objetos conocidos por cuya situación pueda formarse idea de la posición de sus ojos.

Iris.—En este músculo se presentan con frecuencia manifestaciones del histerismo. Las modificaciones del diámetro y forma de la pupila son las que generalmente se observan. Las alteraciones espasmódicas (miosis y midriasis espasmódicas) se observan con más frecuencia que las paralíticas (miosis y midriasis paralíticas) y casi siempre son unilaterales.

Aunque en las histéricas la pupila conserva generalmente su diámetro normal, así como las reacciones luminosa y consensual, estas reacciones se manifiestan por contracciones pasajeras y repetidas, análogas al signo de Gowers. El hippus se observa á veces en el histerismo.

La pupila se contrae durante el primer período del ataque de histerismo y se dilata después, y durante este segundo período la reacción á la luz es poco manifiesta. A veces se observa la inmovilidad pupilar durante el acceso, si bien es inconstante en los diversos ataques convulsivos.

En general, se observa la rigidez de la pupila durante el período de contracciones de los ataques y puede precederlos y aun seguirlos. Dicha rigidez se acompaña de dilatación pupilar, si bien el diámetro de las pupilas puede ser normal y aun estar reducido.

Midriasis.—La midriasis se presenta en los histéricos acompañando á la ambliopía, aunque no existe relación entre ambos síntomas, y puede existir con agudeza visual normal. Respecto á la midriasis histérica, es menes-

ter tener en cuenta la posibilidad de que pueda ser simulada por la instilación de algún midriásico.

La midriasis histérica se observa más que la miosis. Es de naturaleza espasmódica y se debe al espasmo del músculo radiado del íris inervado por el gran simpático; así que la eserina no produce efecto alguno sobre la pupila.

En los casos observados de midriasis histérica sin ambliopía, la acompañaban la reducción del campo visual y la discromatopsia.

En la midriasis histérica la pupila es sensible á la acción de la luz y de la acomodación, pero en menor grado que en estado normal.

La parálisis histérica del esfinter del íris es excepcional.

Miosis.—Es más rara la miosis histérica que la midriasis. La pupila aparece pequeña y apenas se dilata en la obscuridad; se presenta en la ambliopía histérica y va acompañada de contractura del músculo acomodador.

Anisocoria.—También puede observarse en el histerismo la anisocoria ó desigualdad pupilar, la cual puede ser fija ó variable. Existe una variedad de anisocoria en que ésta cambia de sentido, pues la pupila dilatada precedentemente se estrecha y la reducida se dilata. Estos hechos de anisocoria han sido estudiados en Alemania con el nombre de *Springende Mydriasis*, y por Frenkel, de Tolouse, con el de *midriasis á báscula*, si bien ya fueron señalados por Græffe en 1857.

En la histeria, Schaumann ha observado tres veces la midriasis á báscula y Biswange una, pero se trata siempre de un síntoma excepcional en dicha neurosis.

Músculo acomodador.—Este músculo también puede presentar manifestaciones del histerismo, ya aisladamente, ya acompañadas de manifestaciones pupilares. Puede ser atacado de paresia ó de parálisis, y en uno y otro caso ser uni ó bilateral.

Tanto éstas como la miosis ó midriasis que las acompañan, son de carácter transitario. La paresia de la acomodación suele asociarse á la parálisis de la convergencia.

El músculo acomodador sufre también espasmos, que se presentan en el momento de la fijación de un objeto próximo, al mismo tiempo que tiene lugar el espasmo del recto interno.

Según Berger, dicho espasmo complica á veces á la ambliopía histérica unilateral, y cuando es doble es más acentuado del lado en que el campo periférico está más reducido.

El espasmo del músculo acomodador ocasiona una miopía transitoria que obliga al uso de lentes cóncavas para la visión lejana. Schabel ha comprobado en algunos niños que disminuyendo poco á poco la fuerza de los vidrios cóncavos necesarios para la visión lejana, puede conseguirse que el individuo vea toda la escala de Snellen con lentes planas. Según este autor, esta observación prueba que se trata de niños histéricos. En éstos es á veces tan intenso el espasmo del acomodador, que Loeser cita un niño histérico de catorce años que llegó á 25 dioptrías.

Los trastornos de la acomodación en los histéricos explican los fenómenos de micropsia y megalopsia que se presentan en ellos. Como el tamaño

de los objetos que vemos se aprecia según su distancia al ojo, y ésta según el esfuerzo de acomodación necesario para fijarlos, en el espasmo del músculo acomodador, dicho esfuerzo es menor que en la paresia ó parálisis. Las histéricas estiman que los objetos son más pequeños cuando están más lejanos que el punto para el cual creen haber hecho la acomodación; por el contrario, les parecen mayores cuando los objetos están más próximos que el punto aparente para el que han hecho su esfuerzo acomodativo.

La poliopía monocular es también un síntoma que acusan las histéricas. Este síntoma, si bien depende en ocasiones de trastornos cerebrales, como veremos más adelante, puede en otras explicarse por una falsa acomodación del ojo.

La poliopía monocular es de gran importancia para el diagnóstico del histerismo, siempre que puedan excluirse las lesiones de la córnea del íris y del cristalino, que por un mecanismo puramente físico pueden ocasionarla.

Con el nombre de *kopiopia histérica* ha sido descrito por Fœrster un estado en que las histéricas acusan un conjunto de sensaciones diversas durante la visión de cerca, y que se parecen á las de la astenópia acomodativa. Consisten en dolores en la frente y regiones inervadas por el trigémino, sensación de quemadura en el globo ocular, dolores y tirantez de los ojos en la órbita, sensibilidad á la luz artificial, etc.

Como estos fenómenos son puramente subjetivos, la exploración no descubre alteración alguna. Por lo demás, todos ellos desaparecen durante la noche y siempre están en relación con el estado general de los pacientes.

La kopiopia histérica se atribuye por Fœrster á una hiperestesia refleja de los nervios óptico y trigémino consecutiva á una excitación de los plexos nerviosos peri-uterinos. Dicha afección no desaparece sino con los años y debe tratarse cuidando del estado general, evitando la luz viva y la visión de cerca.

2.° Manifestaciones sensitivas del histerismo en el aparato de la visión. — La sensibilidad de la conjuntiva y de la córnea se encuentra con frecuencia modificada en las histéricas.

La *anestesia* se observa en la conjuntiva bulbar y en la tarsiana inferior, y en ocasiones se extiende á la córnea. La anestesia de la piel de los párpados es rara en el histerismo, pero muy frecuente en la tabes dorsalis.

También se presenta en la conjuntiva y en los párpados la *hiperestesia*, y sobre todo las *parestesias*, por lo cual las histéricas se quejan de sensaciones de calor, frío, quemadura y cuerpos extraños en los ojos. Igualmente presentan á veces neuralgias del trigémino.

En la conjuntiva y en las vías lagrimales pueden existir zonas *histerógenas*. Es suficiente en algunas histéricas introducir una sonda en las vías lagrimales para producir un ataque convulsivo, que se reproduce cuantas veces se practica la misma operación.

Otro síntoma del histerismo en la esfera sensitiva, señalado por Babinsky, es la jaqueca oftálmica. En ocasiones, los accesos convulsivos de la histeria son precedidos de un ataque de jaqueca oftálmica, y á veces ésta sustituye á aquéllos. La presión sobre los ovarios puede, además, provocar la hemicránea, la cual puede acompañarse de bola histérica.

Por medio de hipnotismo, Babinsky provoca ó hace cesar un ataque de jaqueca oftálmica.

Ciertos casos de hemianopsia homónina pasajeros, descritos por Rosenthal y otros, no son otra cosa que jaquecas oftálmicas con escotomas centelleantes, de una mitad de los campos visuales homónimos.

3.° Manifestaciones secretorias del histerismo en el aparato de la visión. — Bien conocidas son las manifestaciones que el histerismo imprime en las secreciones orgánicas, aumentándolas, disminuyéndolas ó suprimiéndolas.

La secreción lagrimal, que tanto se modifica en todos los estados emocionales, no podía dejar de modificarse en los histéricos, cuya impresionabilidad es tan exagerada, que con gran facilidad y por la más insignificante causa, pasan de la alegría á la tristeza, de la simpatía ó cariño más exagerado á la antipatía ó al odio más intenso.

Se observa en los histéricos con alguna frecuencia la *epífora ó lagrimeo*, que casi siempre es unilateral, y cuando es bilateral es más intensa del lado de la hemianestesia. Dicha epífora, que es muy molesta, depende de la hipersecreción lagrimal y se presenta lo mismo en la histeria grave que en la leve, y suele acompañarse de anestesia de la conjuntiva y de blefarospasmo tónico, conservándose permeables las vías de excreción lagrimal.

En la actualidad tratamos una señora con espasmos histéricos del recto externo, que presenta abundante lagrimeo del mismo lado, estando íntegras las vías lagrimales.

Importa mucho establecer el diagnóstico para no emplear sondas ó inyecciones que pudieran utilizarse en el caso de atribuir la epífora á una obstrucción de los conductos excretores.

Por lo demás, en una histérica puede existir lagrimeo dependiente de una afección de estas vías de excreción, sin que tenga nada que ver con el histerismo.

La epífora histérica se manifiesta, ya en forma de grandes crisis de dacriorrea, ya en forma de un pequeño pero contínuo lagrimeo; pero, en ambos casos, la secreción lagrimal no aumenta con la acción del frío, del viento, del humo, etc., como sucede con la epífora dependiente de una obstrucción de las vías lagrimales. El lagrimeo que alterna con la sequedad de la conjuntiva es de naturaleza histérica.

La *disminución de la secreción lagrimal* es también una alteración secretoria que se observa en las histéricas. Las pacientes se quejan de sequedad en los ojos, síntoma muy molesto y que acompaña con frecuencia á la kopiopia histérica. La sequedad ocular, en el histerismo, nunca llega á ocasionar la queratomalacia, es más intensa por la noche, pues cuando la enferma pretende leer ó escribir, el calor del foco luminoso aumenta la evaporación de la lágrima y la sequedad de la conjuntiva es más acentuada.

Para terminar los transtornos secretorios que se han observado en el histerismo, señalaremos el fenómeno llamado cromidrosis ó sea la formación de sudor de color azul en la piel de los párpados. Dicha coloración se atribuye á la presencia de indican en el líquido segregado.

4.° Alteraciones visuales en el histerismo. — La histeria tiene una predilección especial por la función visual, ocasionando con frecuencia mani-

festaciones, en este sentido, mucho más importantes que las de la motilidad, sensibilidad general y secreciones que acabamos de exponer.

Dichas manifestaciones se refieren: *A*, al campo periférico de la visión; *B*, al sentido cromático; *C*, á la agudeza visual; *D*, á la hiperestesia retiniana, y *E*, á las alucinaciones visuales.

A. *Campo periférico de la visión.*—En el histerismo, el campo periférico de la visión está reducido, tanto para el blanco como para los colores.

Dicha reducción es concéntrica, y la demostración de su existencia es importantísima para el diagnóstico del histerismo.

La reducción es más acentuada en el ojo ambliope que en el que conserva la agudeza normal; además, puede ser solamente para el blanco, para el blanco y los colores ó sólo para los colores. Según Parinaud, la reducción del campo periférico es precedida de una ambliopía de las regiones periféricas de la retina.

Cuando el campo periférico de la visión es poco marcado, el individuo no tiene conciencia de él, sobre todo si es monocular.

El campo periférico de la visión puede ensancharse por medio de la sugestión ó por una viva atención del paciente; por el contrario, la fatiga puede ocasionar una considerable reducción.

También se reduce el campo periférico de la visión durante el examen campimétrico, de tal modo que, si se unen por una línea las extremidades de los diversos meridianos, no se observa un círculo, sino una espiral. Este fenómeno se explica por el rápido agotamiento de la retina ó de los centros cerebrales durante la observación.

Entre el estrechamiento del campo visual en el histerismo y el que ocasionan las lesiones orgánicas, hay una diferencia esencial. El histérico no tiene conciencia de la reducción de su campo visual, y, aun en los casos en que está muy acentuada, puede conducirse perfectamente, lo que implica la percepción, sea ó no consciente, de mucho mayor espacio que el marcado por el perímetro.

Durante el examen con este aparato se coloca al individuo en condiciones artificiales, en las que de un lado la fijación del ojo y de otro la atención que debe prestar, determinan el agotamiento nervioso, que se manifiesta por una reducción del campo periférico, mayor de la que existe en condiciones ordinarias.

En las reducciones del campo visual dependientes de causas orgánicas, la pérdida de la facultad de orientarse está en relación con el grado de estrechez que marca el perímetro.

El *escotoma central* ha sido observado rara vez en la histeria. Es menester excluir del histerismo aquellos casos de escotoma que se desarrollan en la convalecencia de las enfermedades microbianas y los que producen la intoxicación por el alcohol y por el tabaco. Según Berger, el puntum cœcum en el histerismo es normal.

El campo periférico de la visión se reduce á veces en el histerismo en forma de hemianopsia homónima, si bien en grado diferente en los dos ojos; la reducción es más notable en el lado de la anestesia. Al paso de una corriente eléctrica, los enfermos ven aparecer en obscuro su escotoma.

La hemianopsia puede ser absoluta y el enfermo no ve nada en las dos

mitades del campo visual ó relativa y percibe los objetos, en las dos mitades homónimas, como á través de una gasa ó nube, es decir, que se trata de la hemi-ambliopía.

En todos los casos de hemianopsia histérica, la gudeza visual está disminuída.

Cuando los ataques de hemianopsia histérica se repiten, se presenta, durante el acceso, la acromatopsia en la mitad heminópsica, y la discromatopsia en la otra mitad.

Como dato que importa tener en cuenta relativo al asiento de la histeria, citaremos el hecho observado por Ramos, de Méjico, relativo á un caso de hemianopsia histérica sin la rigidez pupilar hemianópsica de Wernike, lo que indica que la causa de la rigidez pupilar está en los centros corticales y no en los centros ópticos ni en los centros primarios.

La hemianopsia histérica se diferencia de la debida á una lesión de la cinta óptica por la insensibilidad de la conjuntiva en la primera, cuyo síntoma falta en la segunda.

La extensión del campo visual para los colores se reduce muchas veces en el histerismo. Los límites del azul, que en estado normal están fuera del rojo, pasan por dentro de este color, siendo esta reducción un signo de gran valor para el diagnóstico del histerismo.

La reducción del campo periférico lo mismo se observa en la histeria traumática, que en las tóxicas, ó en las de cualquier otro origen y sea cualesquiera el sexo de la persona que la padezca.

La reducción del campo periférico, aunque persistente en el histerismo, ofrece una movilidad notable en su intensidad de un día á otro y aun en diversas observaciones del mismo día; toda vez que las emociones morales, la fatiga, etc., influyen en la extensión del campo visual.

B. *Sentido cromático.*—En el estado normal, no todas las partes del campo visual tienen la misma aptitud para percibir los colores. Hay unos para los que el campo visual fisiológico es más extenso que para otros, y estas diferencias se reproducen en todos los sujetos, según cierto orden. Así el azul tiene el campo periférico más extenso; sigue á éste el amarillo, luego el anaranjado, el rojo, el verde, y por último, el violeta, que es de campo más circunscrito, pues sólo es percibido por las partes más centrales de la retina.

En el histerismo, estos caracteres del estado normal sufren grandes variaciones; así, los diversos círculos que en la exploración corresponden á los límites del campo visual para cada color, se reducen de una manera concéntrica, siguiendo cierto orden en relación con el estado fisiológico.

El círculo del violeta, color central por excelencia, se reduce tanto que llega hasta desaparecer, aunque el paciente distinga todos los otros colores. Después desaparece el verde, color también central; más tarde el rojo, el amarillo, y por último, el azul, que son colores periféricos.

Los colores dejan, por lo tanto, de verse en el siguiente orden: violeta, amarillo, rojo y azul. En este orden de desaparición es inverso á como tiene lugar en la tabes dorsalis.

Hay, sin embargo, excepciones á estas reglas, encontrándose histéricos que siguen viendo el rojo aunque hayan dejado de percibir el azul y el na-

ranjado. Pero en general puede decirse que los colores centrales, violeta y verde, dejan de percibirse antes que desaparezca la noción del encarnado y de los otros colores.

En los grados elevados de ambliopía histérica pueden dejar de percibirse los colores, viéndose todos los objetos con su forma propia, pero como una acuarela á la sepia. Esta acromatopsia total es muy rara en el histerismo.

Las alteraciones cromáticas se observan primeramente en el ojo del lado de la anestesia, y aunque en el otro ojo también está reducido el campo visual para los colores, es en menor grado.

Así, hay histéricos que con el ojo izquierdo, por ejemplo, correspondiente al lado de la hemianestesia, sólo perciben el azul y el rojo (colores periféricos) y con el derecho los perciben todos, excépto el violeta (color central).

Las alteraciones cromáticas tienen la misma movilidad que todas las manifestaciones del histerismo; aparecen y desaparecen repentinamente y pueden hacerse permanentes. Así, una discromatopsia puede desaparecer después de un ataque ó convertirse en acromatopsia.

Aplicando un imán ó una placa de metal (oro, cobre, estaño) sobre la frente, vuelven á ser percibidos los colores, pero en un orden inverso á como habían desaparecido.

Según Charcot, en la encrucijada sensitiva (parte posterior de la cápsula interna) punto en que las lesiones orgánicas producen anestesia sensorial y sensitiva, debe estar el asiento de las lesiones dinámicas del histerismo, pues las lesiones en foco de dicha encrucijada producen, en el lado opuesto, la misma disminución de campo periférico de la visión y discromatopsia que en el histerismo.

La agudeza visual en la acromatopsia suele estar disminuída. Una fuerte excitación de los nervios ópticos por medio de vidrios rojos, á través de los cuales se hace mirar al paciente, puede, según Feré, hacer normal la agudeza visual y la percepción de los colores; en cambio, una excitación muy prolongada puede disminuirla.

La percepción de los colores disminuye en razón del grado de ambliopía y de la reducción del campo periférico y puede estar completamente abolida en los casos graves de ambliopía.

Por medio de un disco giratorio, semejante al de Newton, Charcot y otros autores han comprobado en las histéricas ciertos hechos paradógicos de difícil explicación. Dicho disco presenta sectores alternativamente rojos y verdes, que, como es sabido, son colores complementarios. Después de asegurarse de que la enferma no aprecia el verde, que le cree gris, se hace girar rápidamente el disco, y en contra de lo que pudiera creerse, la enferma, afecta de discromatopsia por el verde, hace la síntesis de este color y del rojo, y declara que ve blanquecino el disco giratorio.

Mostrando á la misma paciente dos discos, uno con sectores rojos y verdes y otro con sectores rojos y blancos, no encuentra entre ellos diferencia apreciable, puesto que es ciega para el verde; pero haciéndolos girar rápidamente ve blanquecino el primero y rojo pálido el segundo, cual corresponde á una apreciación normal de los colores.

Si á una histérica con discromatopsia para el rojo se le hace mirar atentamente un cuadro rojo sobre fondo blanco, lo ve gris; pero después de corto tiempo de mirar atentamente empieza á percibir la imagen consecutiva en forma de un cuadrado de iguales dimensiones, pero de color verde, es decir, del color complementario del que no veía.

Si se examina separadamente la facultad cromática de cada ojo, se observa en ciertas histéricas que son ciegas para un color determinado, por ejemplo, para el violeta, y sin embargo puede suceder que este color se aprecie perfectamente cuando se emplee la visión binocular. Este hecho ha sido observado por Parinaud y comprobado por Ramos, de Méjico.

(*Concluirá*).

PERIÓDICOS

Recidiva de cáncer del labio curada con los rayos Röntgen. — En la *Revista de Medicina y Cirugía* de Barcelona publican los Dres. C. Comas y A. Prió el siguiente caso:

«Jaime M., de cuarenta y tres años de edad, casado, jornalero, de buena salud y constitución, sin antecedentes patológicos personales de importancia; ofrece en su anamnesis hereditaria el hecho de que su madre murió de un cáncer de la mama. Según manifestación del paciente, á mediados del año 1902 se le formó una pequeña úlcera en el lado derecho y borde interno del labio inferior, que fué tratada con varios tópicos medicamentosos, y también cauteriza, sin obtenerse el más pequeño resultado. La lesión tomó incremento y fué indicada muy pronto al paciente la necesidad de proceder á una intervención quirúrgica radical con la mayor premura posible. Un tratamiento antisifilítico intensivo, empleado por vía de prueba (faltaban en absoluto antecedentes de esta naturaleza) no modificó en lo más mínimo el curso de la enfermedad. Ingresó el individuo en el Hospital de la Santa Cruz con el cuadro clínico característico de un cáncer del labio; á pesar de no haberse practicado el examen histológico no podía dudarse de la naturaleza del proceso, abonada además por el antecedente hereditario ya apuntado, por la edad del paciente y por la ausencia de toda enfermedad que pudiera hacer dudar del diagnóstico. El proceso había evolucionado, en su último período, con rapidez y malignidad, presentándose infartos ganglionares en las regiones submaxilar, cervical y supraclavicular derechas, habiendo decaído, por otra parte, de una manera alarmante, el estado general del enfermo.

El día 1.° de septiembre de 1903 fué operado por el Dr. A. Raventós, quien extirpó ampliamente el foco neoplásico y persiguió á los ganglios infartados hasta sus más apartadas ramificaciones; pero á pesar de la escrupulosidad empleada no se pudo evitar la reproducción de la neoplasia, la que no se hizo esperar, revistiendo un carácter verdaderamente grave. Los bordes de la herida operatoria no llegaron á cicatrizar por completo, infil-

trándose y poniéndose edematosos hasta el punto de que parecían querer saltar algunos de los puntos de sutura que todavía quedaban; los tejidos más próximos se presentaban tumefactos, fofos y amoratados y se desprendía de la herida un pus sanioso y fétido. A últimos de septiembre la reproducción era evidente y en extremo alarmante. En estas condiciones nos fué dirigido el paciente con objeto de intentar, con la röntgenoterapia, obtener una moderación ó paliativo, en lo posible, de la invasión cancerosa. Desconfiamos en el primer momento de obtener otro resultado, tan grave nos pareció el caso, dudando hasta de alcanzar algún beneficio en el sentido indicado.

La primera irradiación fué practicada el día 5 de octubre de 1903, en la forma que ordinariamente acostumbramos á emplear, protegiendo las partes inmediatas á las que debían ser irradiadas con planchas de plomo y verificando sesiones en días alternos. En las primeras sesiones se empleó un tubo Gundelach y en las últimas un tubo Müller, accionados por el carrete de inducción de 50 centímetros de chispa. La distancia del tubo á la piel varió entre 10 y 12 centímetros, con intensidad de la corriente de 4 á 5 amperes y exposición de 10 á 15 minutos. Una sola irradiación se practicó con tubo Cossor.

Del día 5 de octubre al día 19 del mismo se practicaron ocho nuevas sesiones, irradiando toda la región enferma. Después de la séptima sesión aparecieron los primeros fenómenos reactivos, adquiriendo ya entonces los tejidos mejor aspecto y disminuyendo la infiltración de los mismos. En 19 de octubre se observaba claramente el eritema reactivo (más visible todavía con la iluminación azul cobalto), con desecación de la superficie y ligera sensación de tirantez. Suspendióse entonces el tratamiento, quedando el enfermo en observación. La reacción se acentuó en los días sucesivos, con marcada sensación de escozor, no presentándose otros fenómenos que los antes indicados, permaneciendo luego el eritema y el escozor estacionarios durante algunos días, para decrecer luego con bastante rapidez, hasta el punto de apenas existir á últimos de noviembre y haber desaparecido por completo en los primeros días de diciembre, época en que pudo reanudarse el tratamiento. La herida operatoria se presentaba en esta última fecha completamente cicatrizada, sin la menor infiltración de los tejidos próximos y habiendo adquirido éstos un color sonrosado de excelente y agradable aspecto. El día 9 de diciembre se practicó la novena irradiación, pero limitándola á las regiones cervical y supraclavicular de la cicatriz, siguiéndola una serie de otras cinco irradiaciones, verificadas los días 11, 14, 16, 29 y 31 del mismo mes; en los intervalos de estas sesiones se practicaron tres que comprendieron toda la región enferma (días 18, 21 y 24 de diciembre). La reacción se hizo notar primero en la región cervical, marcándose más especialmente en su parte superior, que había quedado más próxima al foco anticatódico. El día 11 de enero de 1904 la reacción era bastante viva, con eritema, escozor y depilación de toda la parte irradiada.

Suspendidas las irradiaciones, se tuvo al paciente en observación hasta el día 30 de marzo. En 26 de enero los fenómenos reactivos empezaron á declinar, y en 10 de febrero apenas se notaban.

A últimos de marzo no quedaba el más pequeño rastro de la reacción. El Dr. A. Raventós pudo practicar fácilmente una intervención plástica, encaminada á agrandar en lo posible la abertura de la boca, que había quedado reducida á poco menos de la mitad. Después de esta segunda intervención se verificaron tres irradiaciones más, los días 7, 9 y 12 de abril, con carácter preventivo (una de ellas con tubo Cossor), y limitándolas exclusivamente á la comisura derecha operada.

La reacción sólo se manifestó por una acentuada desecación de la parte irradiada, la que cicatrizó rápidamente, quedando muy pronto en perfecto estado.

En el mes de mayo del mismo año fué presentado el paciente á la Real Academia de Medicina y Cirugía (sesión del día 16) y á la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña (sesión del día 18), completamente curado. Se habían practicado, en conjunto, 20 irradiaciones.

Hemos continuado observando y vigilando al paciente hasta la fecha de la publicación del presente artículo, sin que se haya presentado la menor señal de recidiva en todo este tiempo, ó sea en los dos años que han transcurrido desde la última irradiación. Creemos, pues, que puede darse el caso como completa y definitivamente resuelto.

Accidentalmente, durante el curso del tratamiento, apareció un eczema en la pared anterior del tórax, que fué tratado también con las irradiaciones Röntgen, y que desapareció por completo después de tres sesiones, practicadas con tubo Müller, blando. El prurito que acompañó al eczema desapareció en absoluto después de la primera irradiación».—SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 23 de Octubre de 1906.

El sudor miliar y la rata de campo. — Los Dres. CHANTEMESSE, MARCHOUX y HAURY: La región invadida por el sudor miliar es precisamente la que ha sido devastada, dos años antes, por los arvicolas. Aunque el número de estos roedores hubiese disminuído mucho desde 1904, se han visto en muchas localidades ratas de campo numerosas en el curso del pasado invierno y primavera, especialmente en Vaux, Rovillac y en Matha. Un propietario, en Genac, labrando su campo ha descubierto tres ó cuatro nidos por surco; en Voecharte ha ocurrido un hecho análogo, hasta el punto que los cultivadores han temido sembrar, temerosos de perder la semilla. Pues estos roedores, que tan numerosos eran en invierno y en el mes de abril,

han desaparecido tan de repente y por completo que, á pesar de todas nuestras pesquisas y todos los esfuerzos del alcalde de Matha, nos ha sido imposible capturar ni uno solo en el mes de junio, y por lo tanto no hemos podido obtener la prueba directa de que eran víctimas de una epidemia.

Visitando las casas de Genac, donde habitaban los primeros que enfermaron del sudor, hemos visto que sobre el cuerpo de ellos abundaban de un modo extraordinario las picaduras de pulga, de lo cual se preocupaban bien poco, y no sería extraño que sus casas hubiesen sido invadidas por pulgas infectadas, sin que de ello se dieran cuenta, aunque muchos se habían fijado en su exageración, atribuyéndola á la invasión de sus casas por las ratas de agua que escapaban á la inundación. En efecto, los inmuebles que han dado los casos más graves están levantados á lo largo de un arroyo que atraviesa el pueblo de Genac. Bajo la influencia de las lluvias abundantes del invierno pasado, el nivel del arroyo se elevó á fines de abril, al mismo tiempo que la capa subterránea se abría en la superficie en muchos puntos.

Estos datos permiten suponer: los arvicolas, expulsados por el agua de sus madrigueras, han penetrado en el pueblo y se han metido en las casas. Si este año padecían dichos animales una epidemia especial, han podido contaminar las pulgas de las casas ó dejar en ellas algún insecto capaz de picar al hombre; la enfermedad se ha extendido entre estos roedores, como sucede ordinariamente con las ratas, y huyendo del contagio los animales enfermos han llevado el virus á los terrenos vecinos. Ante esta hipótesis, ocurre pensar: si esta suposición fuera exacta, los sitios más frecuentados por los arvicolas tendrían que haber sido los más castigados, y esto es precisamente lo que nosotros hemos observado, por ejemplo, en Vaux, Rouvillac, Matha, Voecharte, etc.

Los pueblos situados en las regiones bajas y húmedas de los bordes del Charente no han sido invadidos sino después de las aglomeraciones en los puntos elevados, es decir, á fines de mayo y en el mes de junio, en el momento en que la sequía había colocado las zonas declives en condiciones más favorables para albergar los arvicolas. Los pueblos que se han librado de la epidemia son los mismos que en 1904 no sufrieron la invasión de los arvicolas. Las razones que les han protegido contra estos roedores ¿no serían las mismas que les han garantido este año contra el sudor? Tales son los argumentos que hemos querido exponer referentes á la etiología del sudor miliar, aunque para la tesis que sostenemos no valen lo que una prueba experimental; sin embargo, los damos á conocer para llamar la atención de los investigadores, puesto que las epidemias de esta enfermedad tienen una marcha tan rápida que será necesario no perder la ocasión de su comienzo para comprobar nuestra hipótesis.

Transformación del cáncer en tejido conjuntivo bajo la influencia de la cancroína.—El Dr. Adamkiewicz: Las células cancerosas, muertas por la cancroína, son eliminadas por el organismo como si se tratara de cuerpos extraños. *Macroscópicamente* se observa una disminución de volumen ó una completa desaparición de la neoplasia, ó una transformación purulenta, según que el proceso eliminatorio es activado más ó menos mecánicamente ó por los fagocitos. *Microscópicamente* el proceso sigue tres fases: 1.ª, las cé-

lulas cancerosas desaparecen y dejan lagunas que en los cortes dan al tejido el aspecto de un tamíz; 2.ª, estas lagunas se llenan de elementos plásticos, es decir, se dejan infiltrar por pequeñas células; y 3.ª, este tejido de infiltración se transforma en un tejido conjuntivo que se posesiona del sitio del cáncer, terminando de este modo el proceso *anatómico* de curación.

El Dr. Lancereaux: Para nosotros no es una prueba de la curación del cáncer la desaparición de las células epiteliales, pues ya Billroth había dicho que ciertas enfermas de cáncer de la mama sucumbían cuando el tumor no tenía más que tejido conjuntivo.

El Dr. Reclus: ¿Podría decirnos nuestro colega cuál es su estadística actual referente á los resultados del tratamiento según los órganos afectos?

El Dr. Adamkiewicz: Muy difícil me sería, por no decir imposible, exponer la estadística que se me pide. Lo único que puedo afirmar es que he tratado con éxito un gran número de cánceres de casi todos los órganos.

Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 31 de Octubre de 1906.

Heridas intestinales por arma de fuego. — El Dr. Ricard: El Dr. Sejour nos ha comunicado la observación de un joven de quince años, al que necesitó hacer la laparotomía á causa de una herida por arma de fuego. El proyectil, bala de revólver, penetró en el vientre á la izquierda de la línea media. La familia no consintió que el herido fuera operado, hasta que á las dieciocho horas se presentaron síntomas de peritonitis. El Dr. Sejour encontró cinco perforaciones intestinales que suturó. Las consecuencias post operatorias fueron benignas, pero á los ocho días, al separarse las suturas cutáneas, se produjo una eventración á consecuencia de un golpe de tos, y los intestinos formaron hernia á través de la herida. Se introdujeron de nuevo en la cavidad abdominal, y se cerró la abertura por medio de tres suturas con alambre de plata. No hubo más complicaciones.

Creo conveniente añadir á esta observación algunas palabras á propósito de los diversos modos de sutura. La vez primera se había hecho una sutura en tres planos, lo que no impidió producirse la desunión; la segunda se hizo en un solo plano, y se mantuvo perfectamente. Es una nueva prueba de la eficacia de esta última sutura.

El Dr. Guinard: Sólo he observado un caso de eventración en un enfermo, al que separé las suturas al séptimo día. Desde entonces acostumbro á no separarlas hasta los diez días. Respecto á los modos de sutura son indiferentes, porque se obtienen buenos resultados lo mismo cuando se hacen en uno que en tres planos.

El Dr. Poirier: He empleado ambos modos de sutura, pero hoy sólo utilizo la reunión en tres planos; recuerdo, sin embargo, que el Dr. Duplay hacía suturas en un plano con alambre de plata. La reunión era siempre sólida á los ocho días y jamás sobrevino un caso de eventración.

El Dr. Quénu: A propósito de las eventraciones conviene distinguir las que se producen inmediatamente de las tardías. Respecto á las primeras es difícil fijar una fecha para la separación de las suturas; éstas deben permanecer aplicadas más tiempo en los sujetos mal nutridos; en estos casos he visto no obtenerse la reunión en catorce días. Me sorprende que se prefiera la sutura en un plano. La he empleado, y comparados los resultados obtenidos por este método con los que obtengo con la sutura en tres planos, no puedo menos de afirmar que esta última es preferible; sin embargo, para que la coaptación sea buena es preciso suturar bien los músculos.

El Dr. Routier: Después de haber hecho la reunión plano por plano, he vuelto á la sutura en un plano empleando alambre de aluminio. Creo que es excelente. He observado antes sólo dos eventraciones; en general, son benignas. Para las eventraciones consecutivas creo que debe invocarse ante todo el estado de los enfermos.

El Dr. Monod: Al hacer la sutura en un plano, tenía la precaución de abrir la vaina de los músculos rectos y de resecar la línea alta. A pesar de esto he tenido una eventración; así que he abandonado dicho método y empleo la reunión capa por capa.

El Dr. Tuffier: En los casos de reunión incompleta debe tenerse en cuenta un factor, la infección, por ligera que sea. Practico de ordinario la sutura en tres planos, lo más cuidadosamente posible. He observado algunas eventraciones, pero las consecuencias fueron siempre benignas.

El Dr. Reynier: He observado varias veces eventración con suturas en uno y en tres planos. En la actualidad sólo empleo la sutura en un plano, que tiene la ventaja de exponer menos á los hematomas intersticiales, excepto en los sujetos obesos, en los que es preferible reunir por separado peritoneo, músculos y piel, apretando bien los hilos de catgut, porque á veces se aflojan los nudos. Entre las causas de fracaso de la reunión, además de la infección, que creo innegable, añadiré las adherencias epiplóicas. He observado un ejemplo en un caso de histerectomía vaginal practicada por uno de nuestros colegas. Se obtuvo la reunión vaginal, pero una noche, durante el coito, la herida se abrió y el epiplón apareció en la vagina. Hice la laparotomía y resequé una porción de epiplón que estaba adherido á la pared vaginal.

El Dr. Chaput: He observado con frecuencia eventraciones en el perro, y creo que en las mujeres las hernias epiplóicas contribuyen á su formación. Para las suturas empleo todos los hilos; creo preferible el catgut á condición de reunir el peritoneo, la vaina de los músculos separadamente y de colocar un tubo subcutáneo de desagüe.

El Dr. Walther: Jamás he observado eventraciones primitivas infraumbilicales, cuyas causas más importantes son la infección y el estado caquéctico de los enfermos; pero he visto sobrevenir algunas supra umbilicales á consecuencia de las gastrostomías. Cuando se hacía la sutura en un plano sin abrir la vaina de los músculos, se ven sobrevenir eventraciones; no se observan hoy, que se abre la vaina muscular antes de hacer la sutura. No obstante, prefiero la sutura en tres tiempos, que es más flexible; la practico con catgut después de seccionar las vainas de los músculos.

El Dr. Hartmann: Creo que la causa de que no se reuna la herida del abdomen no es la infección, sino más bien la caquexia. He observado sólo dos casos de eventración: uno después del empleo de alambre de plata y otro en un diabético, después de la sutura en tres planos.

El Dr. Segond: Es preciso diferenciar las eventraciones inmediatas de las tardías. He observado tres ejemplos de las primeras: dos recayeron en enfermas en las que se había practicado la castración cuando este tratamiento se recomendaba tanto contra los fibromas uterinos; el tercero se refiere á una mujer á la que no conseguí curar. Creo que no se debe ser exclusivista en demasía respecto al mejor modo de sutura. Aunque partidario de la sutura en un tiempo, comprendiendo poca piel, bastantes músculos y poco peritoneo, me parece que en ciertos casos es preferible la otra.

El Dr. Ricard: De esta discusión, ó mejor dicho, de esta enumeración de las diferentes prácticas, puede deducirse que los dos modos de sutura son buenos, siempre que se apliquen bien. A pesar de esto, hay enfermos en los que la reunión fracasa, hágase lo que se haga.

Prostatectomía transvesical. — El Dr. Savariaud: En un trabajo anterior, el Dr. Legueu se ocupó de esta intervención, que he practicado dos veces recientemente. Uno de mis enfermos tenía hematuria é infección vesical; el cateterismo era imposible. Incindí la vejiga, en la que sobresalía el lóculo de la próstata; en vano intenté la enucleación después de incindida la mucosa, y tuve que recurrir á la fragmentación. Después suturé y desagüé la vejiga. Las consecuencias operatorias fueron buenas, aunque la cicatrización fué lenta. En el segundo enfermo la vejiga estaba también infectada y el cateterismo era doloroso. Practiqué la incisión transvesical y enucleé sin dificultad la próstata. Aunque no condeno la ablación con tijeras, creo que empleando este método pueden pasar inadvertidos pequeños adenomas, que se descubren perfectamente por la palpación bimanual. Es uno de los motivos qué me hacen preferir la enucleación digital, más segura, más rápida y más quirúrgica. Creo necesario un buen desagüe y una sonda permanente. La incontinencia pasajera de orina la he observado pocas veces, y jamás he visto formarse fístulas persistentes. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 16 de Octubre de 1906 (1).

Amiotrofia espinal difusa. — El Dr. A. Delille: He practicado la autopsia de un niño con amiotrofia progresiva que invadió los cuatro miembros, el tronco, y por último los músculos respiratorios, dejando á salvo sólo la cara; el niño sucumbió después de crisis repetidas de asfixia. Al hacer la autopsia se encontraron atrofiadas todas las células estrelladas de las astas anteriores de la médula; las de las astas posteriores se hallaban intactas, igual que las del cordón de Clarke. Los músculos estaban muy atrofiados;

(1) Primera del curso académico actual.

los hacecillos primitivos, aunque conservaban su forma estriada, se hallaban muy reducidos de volumen. Había degeneración de los nervios intramusculares, pero no de los cutáneos. Estas lesiones prueban que se trataba de una atrofia muscular anterior progresiva.

Nistagmus familiar. — El Dr. Apert: Presento en mi nombre y en el del Dr. Dubosc, una familia compuesta de la madre y de cinco hijos, todos los cuales padecen nistagmus que puede incluirse en el tipo descripto por Lenoble y Aubineau, como mioclonia de los músculos del ojo y que designan con el nombre de nistagmus mioclónico. Otros cinco hijos no padecen esta afección, pero tres de ellos, que murieron de pocos meses, quizá la hubieran padecido. La afección no es congénita, sino que se desarrolló á los pocos años á consecuencia de una enfermedad aguda. En algunos de estos enfermos están exagerados los reflejos rotulianos, sobre todo en el lado derecho. Ninguno de ellos tiene temblor de la cabeza ó de los miembros, ni sacudidas fibrilares ó eléctricas, fenómenos observados por Lenoble y Aubineau en varios de sus enfermos. Estos autores han recogido sus observaciones en Bretaña y consideran la afección como propia de la raza bretona, regla que confirma nuestra observación, porque la enferma es de dicho país.

Enfermedad de Little. — El Dr. Ausset: Se describen con el nombre de enfermedad de Little, casos de naturaleza compleja que sólo tienen de común la rigidez espasmódica de los miembros inferiores que sobrevienen desde la más tierna edad. Al lado de los tipos más comunes de la enfermedad pueden agruparse casos parecidos que difieren de los clásicos por presentar además síntomas anormales. He observado un niño con contractura de los miembros inferiores que databa desde los primeros años de la vida; las rodillas estaban inmóviles en semiflexión y los piés contraídos afectaban la forma de una Z. Los miembros superiores se hallaban también afectados de espasmo. La inteligencia de este niño estaba poco desarrollada, lo que prueba que la lesión cerebral era en él más extensa que en los casos clásicos de enfermedad de Little. El hecho de estar afectados los miembros superiores permite incluir este caso entre las diplegias espasmódicas; el poco desarrollo de la inteligencia hace más complicada la sintomatología.

Anasarca como complicación del impétigo. — El Dr. Guinon: He observado, en unión del Dr. Pater, tres niños de pecho con eczema impetiginoso, el cual se complicó con nefritis, albuminuria y anasarca. Es indudable que en estos casos las lesiones eczematosas de la piel fueron la puerta de entrada de los gérmenes patógenos, que al localizarse en el riñón ocasionaron la nefritis.

Dos casos de disentería grave tratada por el suero antidisentérico. — El doctor Guinon: He tratado recientemente por el suero antidisentérico dos enfermos procedentes de Rusia, y que habían sufrido grandes privaciones durante su viaje. No pudieron tolerar el Kha Sam, que devolvieron en seguida. Inyecté á cada uno de ellos 280 cent. cúb. de suero antidisentérico, dosis que á pesar de ser elevada no produjo accidente seroterápico alguno. Uno de los enfermos curó, pero el otro murió á consecuencia de una bronconeumonía, cuando la afección intestinal estaba ya casi corregida.

Papel del espasmo en la invaginación intestinal. — El Dr. Vrau: He operado de invaginación intestinal á un niño de cinco meses. La invaginación se reprodujo á las veintiseis horas y tuve que operar de nuevo al enfermo. Encontré el intestino en contracción é invaginado en ciertos sitios. El niño murió, y al practicar la autopsia se vió que el espasmo intestinal había desaparecido, siendo normal el calibre del intestino. Es posible que el espasmo desempeñe un papel importante en la invaginación y que la parte del intestino retraída se invagine en la dilatada. Este mecanismo sólo puede invocarse en el vivo, lo que explica por qué no se ha observado hasta ahora dicha forma de invaginación. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del 24 de Octubre de 1906 (1).

Sarcoma pigmentario hemorrágico y múltiple. — El Dr. *A. Schlesinger* presenta un hombre que padece la afección consignada en el epígrafe. Consiste en la aparición en la piel de pápulas múltiples hemorrágicas y en algunos puntos pigmentadas. En el caso actual, además de una pápula aislada en la mucosa del labio inferior, existen algunas en las extremidades inferiores. Pero en otros casos están diseminadas por todo el cuerpo y hasta existen en los órganos interiores. Las pápulas no tienen ninguna tendencia á la destrucción, sino más bien á la regresión, y tampoco dan origen á infartos ganglionares. Estos hechos no revelan, clínicamente, un carácter maligno. En cambio, anatómicamente pertenecen á los sarcomas. En estos casos es notable el gran desarrollo de la arterio-esclerosis, que á veces se limita tan sólo á las extremidades enfermas, y que quizá no deje de tener su importancia en la producción de las hemorragias múltiples.

Como tratamiento, puede pensarse todo lo más en el arsénico; pero en el caso presente no ha dado todavía ningún resultado.

El Dr. *Ledermann* dice haber obtenido beneficio en un caso con el uso del arsénico, continuado por mucho tiempo.

Cuerpo extraño en un bronquio. — El Dr. *Lehr* refiere el caso de un hombre de sesenta y un años que aspiró un trocito de hueso. A los cinco días, cuando la expectoración era fétida, acudió al orador. Este practicó la broncoscopia y consiguió que se colocara en el tubo el cuerpo extraño, que estaba alojado en el bronquio del lóbulo inferior derecho. Sin embargo de esto, no se pudo verificar la extracción, porque el hueso estaba encajado, y al tratar de desprenderlo salió sangre de la mucosa hinchada y sobrevino un golpe de tos que impidió proseguir con la broncoscopia. Se introdujo de nuevo el tubo, se logró que se deshinchara la mucosa en la proximidad del trocito de hueso, gracias á la adrenalina, y entonces fué expulsado el cuerpo extraño con un golpe de tos.

En vista de lo ocurrido en este caso, aconseja el autor acudir á la bron-

(1) Primera del curso actual.

coscopia siempre que se sospeche la existencia de un cuerpo extraño en un bronquio, y aunque no la revelen los rayos Röntgen.

Rinoescleroma. — El Dr. *Edmundo Meyer* presenta un muchacho que ya hizo comparecer el año 1902. La enfermedad había progresado mucho desde dicha época; en la nariz, en el paladar, en las fauces y en el labio superior se habían presentado tumores grandes y en vías de descomposición. Con un tratamiento enérgico y muy prolongado con los rayos Röntgen — 132 sesiones hasta el día de la fecha — se ha logrado una mejoría muy notable.

Eritrocitosis (policitemia roja megalocespiénica). — El Dr. *Sénator* hace una breve descripción de esta enfermedad, que dió á conocer por primera vez Vaquez, de París. Lo esencial de la misma se consigna en su propio nombre. Sus signos visibles son una coloración rojo-obscura de la piel y de las mucosas. Los enfermos padecen de vértigos, de debilidad progresiva, de epistaxis y de hemoptisis; los dos enfermos observados por el autor tenían, además, hipertrofia cardíaca y albuminuria.

Como quiera que el autor ha podido realizar en sus dos casos análisis de la sangre y estudios del metabolismo nutritivo, cree conveniente comunicar los resultados de dichas investigaciones.

Lo esencial en los caracteres de la sangre es el aumento en el número de glóbulos rojos en la unidad de volumen. La cifra llega hasta 10 millones por milímetro cúbico y su forma no presenta ninguna alteración esencial. La proporción de hemoglobina corresponde al aumento en el número de eritrocitos.

La cifra de leucocitos no está muy alterada, los linfocitos son un poco más escasos que normalmente, y en cambio es algo mayor la proporción de eosinófilos y de células cebadas. Como elementos anormales, se han encontrado mielocitos.

El peso específico de la sangre es el normal, y lo mismo acontece con la concentración molecular.

La presión sanguínea está aumentada en ambos casos (hipertrofia cardíaca).

El residuo seco del suero sanguíneo es el normal, pero la proporción de albúmina de la sangre está un poco aumentada.

El metabolismo del nitrógeno no presenta anomalía en ninguno de los dos casos. En cambio, las investigaciones que ha hecho A. Loewy del cambio gaseoso siempre revelaron un aumento del volumen de aire respirado. Las cantidades de O absorbido y de CO^2 eliminado alcanzaron, por lo menos, el límite máximo de la cifra normal, y generalmente sobrepasaron dicho límite.

La causa de la enfermedad puede consistir en un menor consumo ó en una mayor producción de glóbulos rojos.

La proporción de urobilina de la orina, que se suele considerar como producto de destrucción de la hemoglobina, está disminuída; pero este hecho no es suficiente para sentar ninguna conclusión, por cuanto son muy escasos todavía nuestros conocimientos acerca del origen de la urobilina. Es mucho más probable que se trate de una producción exagerada de glóbulos rojos. Así parece demostrarlo la hiperplasia de la médula que se

encontró en la autopsia en tres casos, la aparición de mielocitos en la sangre y el aumento en la proporción de eosinófilos y de células cebadas. La causa hay que buscarla quizá en un infarto del bazo.

El tratamiento de estos casos es bastante precario. Se deben ensayar las inhalaciones de oxígeno y la dieta vegetal.

Es muy posible que esta enfermedad venga á rehabilitar el concepto de la plétora verdadera, aunque en forma científicamente mejor fundada que en otros tiempos, concepto que, como el de la sangría, que á él iba ligado, se creyó que se debía abandonar en vista del resultado de investigaciones experimentales conducidas con todo rigor (Conheim).

(*Deustche Medizinal-Zeitung*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Un nuevo signo de aneurisma de la aorta. — El Dr. G. Wilson ha observado el signo estetoscópico siguiente en varios casos de aneurisma del cayado aórtico y de dilatación aneurismática de la aorta con insuficiencia aórtica. Se aplica el estetoscopio en el primer espacio intercostal derecho, lo más lejos posible del esternón, y mientras habla el enfermo, se aproxima poco á poco el instrumento al borde esternal; cuando se llega á unos 12 milímetros del esternón se nota una modificación brusca del timbre de la voz, que llega al oído del observador con más claridad, de timbre más elevado y algo gangosa. En los casos de aneurisma propiamente dicho, estas modificaciones de la voz se notan con toda claridad en una zona de 5 centímetros á cada lado de la línea media en los primeros espacios intercostales.

(*La Presse Medicale*, 26 septiembre 1906). — F. TOLEDO.

Raquitismo tardío.—El Dr. H. Curschmann, de Heidelberg, refiere el caso de una muchacha que, siendo de familia en que había raquitismo, y sin haber presentado nunca síntomas de raquitismo precoz, cesó de crecer á los catorce años. Tres años después se presentaron en el curso de un trimestre y con dolores al andar, abultamiento de las epífisis en las costillas, deformación raquítica de la pelvis, abultamiento de las epífisis de las extremidades superiores é inferiores, sobre todo de las periféricas y corvadura más ó menos acentuada de los grandes huesos largos, y en particular de las tibias. Con el reposo en la cama, el aceite de hígado de bacalao fosforado y los baños salados se logró detener la marcha del mal al cabo de unos dos ó tres meses y hacer retrogradar algunos transtornos, pero sobre todo que mejorara de un modo considerable el estado general.

Cuando en la edad de la pubertad se presentan trastornos en la marcha no explicables se debe pensar siempre en el raquitismo tardío.

El autor ha observado además otro caso que confirma la opinión de Mikulicz de que el genu valgum de los adolescentes, que parece ser una afección monosintomática es, sin embargo, manifestación parcial de un raqui-

tismo tardío, cuyos demás síntomas son menos acentuados que en los casos típicos de raquitismo precoz y generalizado. En los casos de genu-valgum y varum de los adolescentes nunca se debe omitir el tratamiento interno específico del raquitismo, que consiste en el reposo en la cama, el fósforo, el aceite de hígado de bacalao y en algunos casos la hidroterapia. Se empleará tal tratamiento muy especialmente en el período inicial, constituyendo en los casos más leves, que exigen corrección ortopédica y no operatoria, por lo menos un medio auxiliar muy importante del tratamiento quirúrgico.

(*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir*).—R. DEL VALLE.

Acción terapéutica de los yoduros.—El Dr. *J. Burnett* cree que los yoduros llenan las siguientes indicaciones terapéuticas: *Aneurisma.* El efecto benéfico de los yoduros es debido probablemente á su propiedad de favorecer la coagulación de la sangre. El saco aneurismático se retrae al formarse un coágulo duro. La administración de los yoduros por la boca no produce efecto alguno sobre el número de pulsaciones ni sobre la presión sanguínea arterial. Lo mismo ocurre cuando se administran en inyección hipodérmica. Los efectos benéficos de estos medicamentos son debidos también á que favorecen la eliminación de los venenos que producen la degeneración arterial y de las substancias patológicas que se depositan en las túnicas vasculares durante la enfermedad. De este modo, las paredes de los vasos recobran su elasticidad, y el saco aneurismático puede retraerse. *Arterioesclerosis.* Los yoduros obran en la arterioesclerosis por su acción eliminadora, que permite á la sangre expulsar las substancias irritantes y los productos de consunción, facilitando de este modo la circulación por los vasos esclerosados. Tienden también á disminuir la excreción de ácido úrico. *Angina de pecho.* Es debida probablemente al espasmo de los vasillos del corazón, lo que produce anemia y dolor. Los yoduros ejercen una acción antiespasmódica específica. Sus buenos efectos en el asma y en la bronquitis crónica son debidos también á la misma acción antiespasmódica. *Sífilis.* Los yoduros son más útiles cuando existen lesiones sifilíticas de las mucosas, de los huesos y del sistema nervioso. Deben administrarse á grandes dosis en todas las afecciones de origen sifilítico, sobre todo en la ataxia locomotriz. En el reumatismo crónico son eficaces por su efecto sobre la excreción de ácido úrico. En los casos de derrame y en todas las inflamaciones crónicas debe utilizarse la acción eliminadora de estos medicamentos. En el bocio exoftálmico obran favorablemente por sus efectos directos sobre la glándula. (*The Lancet*, 8 septiembre 1906). — F. TOLEDO.

El yoduro de arsénico en la escrofulosis y en la escrófulotuberculosis. — El Dr. Rousseau St Philippe refiere haber empleado con éxito el yoduro de arsénico ($As\ I^3$) en más de 200 casos de escrofulosis y de escrófulotuberculosis.

Es medicamento difícil de preparar y que en el comercio suele ir acompañado de impurezas. El mejor método para prepararlo es el siguiente, propuesto por Bamberger y Philipp; á una disolución clorhídrica de hidrato de arsénico se añade en caliente otra disolución acuosa de yoduro potá-

sico; el cloruro potásico que se precipita al mismo tiempo, se separa del yoduro de arsénico mediante disolución en sulfuro de carbono.

El autor da el medicamento en disolución al 1 por 100, comenzando por una gota por la mañana y otra por la tarde, y aumentando la dosis hasta llegar á 40 gotas de cada vez. El yoduro de arsénico no sólo da buenos resultados en las afecciones escrofulosas de todo género, en los nódulos linfáticos infartados y supurados y en las inflamaciones crónicas de los oídos, de los ojos y de la piel, sino que además es útil en la tuberculosis de los huesos y hasta en la tuberculosis pulmonar incipiente.

(*Journal de med. de Bordeaux*). — R. DEL VALLE.

Diagnóstico diferencial entre la albuminuria ortostática y la nefrítica.—En el Congreso que acaban de celebrar en Berlín los médicos de las Compañías de Seguros sobre la vida, el Dr. Hingston Fox, de Londres, ha dado á conocer un procedimiento que permite distinguir con seguridad la albuminuria benigna, hematógena, llamada también ortostática y fisiológica, de la renal, que es siempre grave. Consiste en hacer ingerir lactato de cal, el que en la albuminuria ortostática debida á la disminución de la coagulabilidad de la sangre, hace desaparecer con rapidez la albúmina de la orina, aunque el enfermo no sea sometido al reposo en el lecho ni al régimen láctco; este medicamento es completamente inútil en la albuminuria debida á una nefritis. — (*Le Bull. Medical*, 29 septiembre 1906). — F. TOLEDO.

La gelatina líquida como antidiarréico y estomáquico.—El Dr. E. Cohn prepara en el aparato de esterilización, y por medio de la calefacción sostenida durante seis horas, una gelatina que sólo se coagula en la heladora. Esta gelatina presta muy buen servicio para combatir las diarreas de los niños y también las de los adultos. Además es un buen estomáquico.

Se puede preparar de la manera siguiente:

Gelatina.....	10 gramos.

Cuézase durante seis horas con agua destilada para que se conserve líquida y que queden 80 gramos.

Filtrese en frío y añádase:

Acido cítrico.....	1 gramo.
Jarabe de corteza de naranja hasta completar.....	100 gramos.

Media cucharada cada dos horas (para un niño), ó bien

Gelatina.....	20 gramos.

Cuézase durante seis horas con agua destilada para que se conserve líquida hasta que queden 180 gramos.

Filtrase en frío y añádase:

Acido cítrico.....	2 gramos.

Una á dos cucharadas cada dos horas (para un adulto).

(*Therapie. der Gegenwart*). — R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

EL REUMATISMO ARTICULAR CRÓNICO PRIMITIVO

Y SU TRATAMIENTO

POR EL

DOCTOR PH. HAUSER

El reumatismo articular crónico primitivo es, como su nombre indica, aquel que se presenta desde el primer momento de su aparición con los caracteres de cronicidad, en oposición al reumatismo articular, que pasa al estado crónico después de haber evolucionado bajo la forma aguda, con fiebre alta y complicaciones viscerales eventuales.

Aunque aquel fué conocido ya por Sydenham como una entidad morbosa distinta del reumatismo articular agudo y que además fué descrito magistralmente con todos sus detalles por los grandes maestros en Medicina del siglo XIX, pertenece al grupo especial de dolencias del vasto campo de la patología que queda todavía por explorar, pues á pesar de los grandes progresos realizados en las ciencias médicas durante los últimos cincuenta años, no se ha llegado todavía á un acuerdo completo entre los patólogos más notables de los distintos países, respecto á la naturaleza del reumatismo articular crónico primitivo.

Basta recorrer los trabajos de los numerosos autores que se han ocupado de esta enfermedad en el transcurso del pasado siglo, para convencerse de que nuestros conocimientos relativos á su patogenia y á su naturaleza, no han alcanzado la precisión y la claridad necesarias para poder establecer un tratamiento racional y eficaz.

Sydenham, el primero que lo ha descrito, dice: «Muchas veces se lo ha confundido con la gota, porque lo mismo que ésta, se presenta sin fiebre y poco tiempo después de su invasión, se desarrollan

nodosidades, sobre todo del lado interior de los dedos; las articulaciones parecen muchas veces dislocadas; persiste generalmente durante meses, y unas veces muchos años, y no rara vez durante toda la vida; vuelve á aparecer, después de intervalos más ó menos largos de descanso, por nuevos accesos que agravan el estado anterior de las articulaciones; los dolores articulares son muy intensos, y aunque suelen cesar por sí mismos, dejan las partes afectadas privadas de movimiento, que rara vez vuelven al estado normal».

La primera monografía relativa á esta enfermedad apareció en el año 1799. Fué Landré-Beauvais (1), interno de Pinel en La Salpêtrière, quien hizo de ella un estudio anatomopatológico en su tesis de doctorado en 1800, con el título: *¿Debe admitirse una nueva especie de gota con el nombre de gota asténica primitiva?* En este trabajo insiste el autor sobre el carácter crónico de esta enfermedad y su mayor frecuencia en la mujer, llegada á la edad crítica. También afirma que termina muchas veces por la deformación de las articulaciones y por la destrucción de los cartílagos. El trabajo de Beauvais no tardó de encontrar eco en Inglaterra, pues en 1804, Heberden (2) publicó un escrito con el nombre de *Digitorum Nodi*, donde describe una enfermedad crónica de las articulaciones que se caracteriza por nodosidades de los dedos, que no empieza por el dedo gordo como la gota, y que se distingue también del reumatismo por el hecho de suprimir de una manera más completa las funciones de los miembros. En 1805, Haygarth (3) publicó un trabajo análogo con el nombre de *Nodosity of the Joints*, donde expone de una manera clara y precisa la naturaleza de las nodosidades propias del reumatismo articular crónico, distintas de las de la gota.

Posteriormente á estos trabajos, no se publicó ningún escrito importante sobre esta materia hasta el año 1833, cuando Lobstein (4) catedrático de Anatomía patológica en Estrasburgo, describió el reumatismo crónico desde el punto de vista anatomopatológico, señalando particularmente las lesiones y las vegetaciones de las articulaciones óseas que distinguen esta forma de reumatismo. Llamó también la atención sobre el estado ebúrneo de las superficies articulares, que presentan á veces la dureza del esmalte. Dice, haber

(1) Landré-Beauvais: Goutte asthénique primitive. Thèse de Paris, 1800.
(2) Heberden: Commentaries, 1804.
(3) Haygarth: Clinical History of Diseases, 1805.
(4) Lobstein: Traité d'Anatomie pothologique, page 348, 1833.

encontrado esta alteración en la cabeza y en los cóndilos del fémur, de la tibia y de los huesos del metacarpo.

En 1839 aparecieron en Inglaterra trabajos muy notables de Colles (1) y Adams (2), que confirman la opinión de Lobstein, demostrando además por medio de grabados anatomopatológicos, que en la evolución de este mal obran simultáneamente dos procesos morbosos distintos, el uno, de absorción del hueso antiguo y de su cartílago, y el otro, de formación de un hueso nuevo. En los años 1843, 1849 y 1852, se publicaron en Inglaterra nuevos estudios sobre el reumatismo crónico por Todd (3), Redfern (4) y Fuller (5), que después de ampliar con hechos nuevos la opinión de los médicos del continente, confirman que esta enfermedad, en su aspecto clínico, presenta síntomas propios, tanto de la gota como del reumatismo.

En resumen, todos los autores que se ocuparon del reumatismo crónico en la primera mitad del siglo pasado, están conformes en que se trata de una enfermedad que en la mayoría de los casos se presenta bajo la forma apirética y crónica desde el primer momento.

El primer estudio clínico basado al mismo tiempo sobre numerosas observaciones de anatomía patológica, se debe á Charcot (6), quien, habiendo estado algunos años interno en las salas de La Salpêtrière, aprovechó las numerosas autopsias hechas por él en enfermos de las salas de incurables, donde abundan los que sufren de reumatismo articular crónico, para un estudio muy concienzudo que publicó en su tesis inaugural en el año 1853. En ésta describe el reumatismo crónico con mano maestra, tanto desde el punto de vista anatomopatológico, como clínico, y para dar mayor realce á su tesis, la acompañó de láminas demostrativas, probando que los dolores de los enfermos son debidos generalmente á la alteración simultánea de la sinovial, de los cartílagos y de las epífisis.

Casi al mismo tiempo se publicó otra tesis por Trastour, con el nombre de *Reumatismo goloso*, que se inspiró en el mismo criterio que Charcot, reconociendo una causa diatésica en la patogenia de esta enfermedad.

(1) Colles: Cyclop. of. Anat. and Phys., 1839.
(2) Adams: A. Treat on Rumat. Gout., 1856.
(3) Todd: Chronic Rheumatism of the Joints, 1843.
(4) Redfern: Edin. Monthly Journal, 1849.
(5) Fuller: Rheumatic Gout., 1852.
(6) Charcot: Thèse de París, 1853.

Trousseau, en sus Lecciones clínicas de 1865, dedicó á esta enfermedad un capítulo entero con el nombre de *Reumatismo nodoso*, pues dice: «Son las nodosidades de las articulaciones que caracterizan la enfermedad», y añade que las nodosidades no son debidas en todo á la tumefacción de los huesos, sino también al relajamiento, adelgazamiento de los ligamentos y á la salida de las cabezas óseas deformadas en parte por pequeños osteofitos.

Merece también mencionar los trabajos de Broca sobre la artritis seca, en el año 1850, que describe como una forma del reumatismo crónico, con la particularidad que afecta una articulación sola. Esta forma es también conocida con el nombre de artritis senil.

Garrod publicó, en 1863, un trabajo muy notable sobre la naturaleza y el tratamiento de la gota y del reumatismo gotoso, y después de entrar en consideraciones muy fundadas sobre la patogenia del reumatismo crónico, se inclina en favor de la denominación de *artritis reumatoides*, en vez de reumatismo gotoso.

Charcot, en sus *Lecciones clínicas sobre enfermedades de los viejos* y *enfermedades crónicas*, publicadas en 1874, ha vuelto á ocuparse del mismo asunto, consagrando varias lecciones al estudio del reumatismo crónico. En éste admite tres tipos fundamentales:

1.° El *reumatismo articular crónico progresivo*, llamado también *reumatismo nodoso;*

2.° El *reumatismo articular crónico parcial;*

3.° El *reumatismo de Heberden* (1).

Cada uno de estos tres tipos tiene caracteres distintos en su evolución.

Reumatismo articular crónico progresivo.—Este invade con preferencia las pequeñas coyunturas y las de las manos en particular. Desde el principio, se presenta con los síntomas característicos: rubicundez, tumefacción, calor y dolor. Algún tiempo después se le agrega otro fenómeno, el de la retracción espasmódica de los músculos, que producen una actitud singular y es la deformación del miembro afectado. En el segundo período los desórdenes nutritivos se hacen más pronunciados y toman progresivamente mayor desarrollo; la tumefacción se extiende á los tejidos fibrosos y serosos, produciendo, ya hidrartrosis, ya engrosamiento de la sinovial y del tejido subseroso. A veces afecta las partes duras, produciendo crestas huesosas, hiperostosis y erosiones de los cartílagos que deforman la cabe-

(1) Heberden: Commentaries, 1804, cap. XXVIII.

za de los huesos, y, finalmente, subluxaciones articulares. Se observa á veces crujidos en los movimientos articulares, lo que es debido á la eburnificación de las superficies huesosas; otras veces se establece la rigidez de los miembros, producida por la anquilosis completa ó incompleta de las superficies articulares y de la retracción de los tejidos fibrosos y los ligamentos hipertrofiados. Generalmente son las pequeñas articulaciones de las manos y de los piés, que son las primeras invadidas y que están más deformadas, presentando al exterior tuberosidades redondeadas. También son, por lo general, las extremidades superiores donde se inicia la enfermedad. Hay otro fenómeno que distingue el reumatismo nodoso: es la simetría en la marcha de la invasión; pues, generalmente, son dos extremidades homólogas que son cogidas á la vez, lo contrario de lo que ocurre en la gota, que se localiza generalmente en una extremidad sola. Además, en ésta es el dedo gordo del pié, en la gran mayoría de los casos, donde se inicia la enfermedad, mientras que en el reumatismo nodoso son las articulaciones metacarpofalangianas del dedo índice y del mediano, que son las primeras invadidas, y eso en los dos lados á la vez, aunque ocurre alguna vez que ya en el primer ataque, el mal se localiza en una gran articulación, tal como la cadera, la rodilla y el codo, pero este fenómeno es todavía más raro en la gota. Todavía hay otro fenómeno distintivo de esta enfermedad; la gota busca sus víctimas entre los hombres que han llevado una vida activa y que eran aficionados á la buena comida, mientras que el reumatismo nodoso tiene su predilección para el sexo femenino, que se encuentra agotado, ya por el exceso de trabajo físico ó mental, ya por los partos ó por las complicaciones concomitantes de la edad crítica.

Una vez que la enfermedad ha entrado en el estado crónico, se observan alteraciones nutritivas permanentes de los tejidos, que son: la atrofia muscular, la atrofia de los huesos, que tienen por consecuencia la paresia de los miembros respectivos. Algunos médicos consideran la producción de las desviaciones como el resultado de la posición viciosa tomada instintivamente por los enfermos, mientras que Charcot es de opinión contraria; en la mayoría de los casos, dice, estas deformaciones son la consecuencia natural de las contracciones musculares espasmódicas, ó mejor dicho, convulsivas, que se producen por una especie de acción refleja, cuyo punto de partida se halla en las articulaciones enfermas.

Charcot, con el objeto de darse mejor cuenta de la relación de

esta enfermedad con la gota, ha sometido un gran número de sus enfermos á un análisis químico de la sangre y de las orinas, y jamás ha logrado descubrir, ni en la una ni en la otra, un exceso de ácido úrico. En cambio, cita algunos análisis hechos por Boeker, que han arrojado una disminución notable de fosfato de cal en la orina y un aumento cuádruplo de esta substancia en la sangre.

Charcot admite además dos formas distintas dentro del mismo tipo del reumatismo articular crónico, una de evolución rápida y otra de evolución lenta. La primera se presenta generalmente en sujetos jóvenes de dieciséis á treinta años de edad, y en mujeres durante el embarazo ó el puerperio. En estos casos, se observa que la invasión afecta un número mayor de coyunturas á la vez, que las retracciones musculares son más acentuadas, que los dolores son más intensos, que la rubicundez y la tumefacción son más vivas, y que la reacción está acompañada por una elevación de temperatura; en una palabra, este tipo reviste la forma del reumatismo articular agudo, el cual pasa gradualmente al estado crónico, presentando todas las deformaciones propias del reumatismo nodoso. Estos casos, bastante raros, retroceden después de algún tiempo y concluyen generalmente por una curación completa. En cambio, el reumatismo crónico de evolución lenta ocurre en individuos de edad avanzada, de cincuenta á sesenta años, coincidiendo, en general, en las mujeres, con la época de la menopausia. En estos casos, las articulaciones son invadidas sucesivamente, la reacción es menos viva, hay menos rubicundez, menos dolor y menos tumefacción; en cambio, las deformaciones se hallan más pronunciadas.

Reumatismo articular crónico parcial.— Éste afecta generalmente una articulación y de preferencia la cadera. Fué denominado distintamente, según los autores. Cuando se localiza en la cadera, le llaman *Morbus coxæ senilis*, y cuando afecta otra articulación, le dan el nombre de *artritis senil* ó *artritis seca;* también le llaman artritis deformante á causa de las deformidades muy características que presenta. Esta enfermedad, hallándose localizada en una sola articulación, presenta muchas veces grandes dificultades para el diagnóstico; puede simular una luxación, una fractura y muchas veces un tumor blanco, y por esta razón ha sido estudiada más bajo el punto de vista de patología externa. No obstante, no se puede negar que es la expresión de un estado diatésico; pues se presenta algunas veces en sujetos que han padecido anteriormente de reumatismo articular agudo. Aunque en el primer

tiempo de su aparición es insidioso en su marcha, una vez bien desarrollado, reviste el carácter del tumor blanco ó de la artritis deformante. Otras veces, la artritis deformante parcial reviste en sus comienzos la forma aguda, pero durante su desarrollo revela el tipo de la artritis seca, y su diagnóstico da á veces lugar á dudas durante largo tiempo, hasta el momento en que se presentan dolores simétricos en ambas manos que evolucionan con los caracteres del reumatismo nodoso. En otros términos, una vez se presenta bajo la forma parcial localizada en una articulación y termina por generalizarse, y otras veces se presenta á raíz de un reumatismo poliarticular agudo.

Reumatismo de Heberden.—Esta forma especial de reumatismo crónico, conocida bajo el nombre de nodosidades de Heberden, fué confundido por muchos autores con la gota. No obstante, Heberden mismo, en sus «Comentarios», dice: «¿Cuál es la naturaleza de esos pequeños nódulos del tamaño de un guisante que se encuentran frecuentemente en los dedos, sobre todo un poco encima de sus extremos, cerca de la coyuntura? Estos no tienen ninguna conexión con la gota». Estas pequeñas nodosidades tienen su asiento al nivel de las articulaciones de las falangetas. En general, la extremidad digital está poco desviada, ya á derecha, ya á izquierda. Existen dos nódulos al nivel de la coyuntura que parece algo más ancha; presenta algunas veces rigidez, pero nunca crujidos. Se observa á veces en los individuos afectados de este mal, accesos de tumefacción de las partes blandas, acompañada de rubicundez y de calor. Charcot, quien ha hecho numerosas autopsias de estos enfermos en La Salpêtrière, encontró: 1.°, que los tumores pisiformes descritos por Heberden no son más que los tubérculos huesosos que se hallan normalmente en la extremidad inferior de la segunda falanje en la parte dorsal, hallándose considerablemente aumentados de volumen á causa de la formación de nuevas capas huesosas; 2.°, que no presentan ni huellas de urato de sosa ni en los cartílagos ni en las partes blandas de las articulaciones; 3.°, que los cartílagos presentan la alteración de la artritis seca y las superficies articulares se hallan cubiertas de una concha huesosa ebúrnea. Estas nodosidades son, sin duda, según Charcot, la expresión de un estado constitucional que es la diátesis reumática; es una enfermedad hereditaria, pudiendo manifestarse entre varios miembros de una misma familia. A veces se encuentra que los unos presentan el reumatismo de Heberden, los otros el reumatismo crónico generalizado y los otros el reuma-

tismo crónico parcial, lo que es una prueba evidente del parentesco que existe entre las tres formas del reumatismo crónico.

***

De lo que precede resulta:

1.° Que las distintas formas del reumatismo articular crónico presentan al mismo tiempo unos síntomas semejantes á los de la gota y otros comunes al del reumatismo poliarticular agudo, con la diferencia que éste se inicia por un proceso inflamatorio agudo y una alteración nutritiva rápida de los tejidos sólidos y blandos de las articulaciones, que vuelven generalmente á su estado normal después de haberse extinguido la inflamación, mientras que aquél se distingue por un proceso destructor lento y progresivo de los tejidos articulares, que rara vez vuelven á su integridad anatómica y fisiológica.

2.° Que ambos obedecen á una causa constitucional, llamada por Charcot y otros autores, diátesis reumática. Los autores ingleses, guiados por Garrod, no estando conformes con la opinión que atribuye al reumatismo crónico progresivo el mismo origen diatésico que al reumatismo poliarticular agudo, le han denominado *artritis reumatoides*, con el cual quieren expresar que no tiene más que la apariencia del reumatismo. Los autores alemanes han ido todavía más lejos, pues han suprimido completamente el término reumatismo y han adoptado con preferencia el nombre de *artritis deformante*, reservando el término de reumatismo articular crónico á aquel que es consecuencia del reumatismo articular subagudo que se presenta por brotes sucesivos y obedece á la misma causa que el reumatismo agudo, siendo sólo más lento en su evolución. Aunque no se puede desconocer que todas las afecciones articulares crónicas, de distinto origen y de distinta naturaleza, tales como la artritis blenorrágica, sifilítica y tuberculosa, suelen conducir con el tiempo á la deformación, los procesos deformantes de la *artritis nodosa* son tan característicos que hay que reconocer su entidad mórbida independiente, conservándola el calificativo de deformante.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA DEL REUMATISMO ARTICULAR CRÓNICO

En todos los tiempos, desde Hipócrates acá, se ha considerado el frío húmedo como causa patogénica del reumatismo articular agu-

No obstante, la estadística colonial del ejército inglés arroja da-

tos contrarios á esta opinión, pues bajo el clima riguroso, húmedo y frío de la Nueva Escocia, la cifra de los atacados de reumatismo no llega más que á 30 por 1.000 enfermos, mientras que en el Cabo de Buena Esperanza, la patria de los geranios, alcanza 57 por 1.000. Por otro lado, la experiencia diaria confirma la opinión que admite la influencia nociva de una estancia prolongada en una habitación húmeda. Miles de historias clínicas demuestran que las viviendas en piso bajo, los cuartos húmedos y obscuros, las habitaciones subterráneas, las casas recientemente construídas no habiendo recibido una insolación suficiente durante el tiempo de su construcción, y en particular los cuartos de estas casas con exposición al Norte, son acusados siempre por los enfermos de ser causa patógena del reumatismo articular, tanto agudo como crónico. Para armonizar estos dos hechos aparentemente opuestos, hay que admitir forzosamente que no es el clima frío húmedo la causa patógena del reumatismo, sino más bien el aire confinado de las habitaciones húmedas privadas de sol y de una buena ventilación. Su influencia es tanto más nóciva, en cuanto los que las habitan son individuos mal alimentados y que viven en condiciones biológicas poco favorables á la conservación de la salud, es decir, sujetos dotados de una resistencia vital mediana para poder luchar con ventaja contra las circunstancias hostiles á la existencia humana. En efecto, todas las causas deprimentes de la resistencia vital pueden constituir una causa patógena predisponente al reumatismo articular, tanto agudo como crónico, y con mucha más razón cuando se trata de sujetos con predisposición individual hereditaria ó adquirida. Así se explica por qué la clorosis forma un terreno favorable al desarrollo del reumatismo articular crónico progresivo, llamado nodoso, y por qué ciertas mujeres, durante el embarazo, puerperio y el período de la menopausia, se hallan expuestas á contraer la misma enfermedad, pues es sabido que en la edad crítica, con la cesación del período menstrual, la hematosis se verifica de un modo imperfecto y expone á la mujer que no vive en las condiciones biológicas normales á sufrir de la clorosis lo mismo que durante el período de la pubertad. Igual influencia ejerce el embarazo en la mujer que presenta una predisposición hereditaria; pues no rara vez se ven mujeres embarazadas invadidas por inflamaciones articulares leves que desaparecen con pequeños cuidados para hacer explosión de nuevo después del parto bajo la forma de reumatismo articular crónico deformante.

En corroboración de esta tesis, vamos á citar el hecho siguiente:

Uno de nuestros enfermos, hombre de cuarenta y cinco años de edad, de estatura alta, de apariencia muy robusta, habiendo disfrutado siempre de buena salud, ha sufrido, á consecuencia de grandes contrariedades de fortuna y disgustos de familia, congestiones hepáticas acompañadas de inapetencia; y apenas había mejorado de los trastornos digestivos, cogió un enfriamiento que empezó por unas anginas tonsilares sencillas y terminó por un reumatismo articular agudo muy intenso, acompañado de fiebre muy alta y de sudores muy copiosos.

Después de un mes de tratamiento desaparecieron las calenturas y los sudores, pero las articulaciones de los piés quedaron tan tumefactas y edematosas, que presentaban el aspecto de elefantiasis. El enfermo atribuyó su acceso de reumatismo á la circunstancia de habitar una casa de campo situada cerca de un río, y, por consiguiente, húmeda. Con este motivo se trasladó á una casa seca dentro de la ciudad. En efecto, después de un mes de tratamiento apropiado logró curar. Su estado general se había mejorado considerablemente por el uso del yoduro de hierro y las corrientes eléctricas. Una vez restablecido de sus dolencias y entrado en su estado normal, el enfermo volvió á su casa de campo, volviendo á ocupar las mismas habitaciones de antes. No obstante, no ha vuelto á resentirse de su reumatismo desde hace más de tres años, lo que prueba de una manera evidente que no es la humedad por sí sola, sino auxiliada por la influencia psíquica deprimente, que había predispuesto el enfermo al primer acceso de reumatismo; pues desde los célebres experimentos de Pasteur transmitiendo el carbunco á las aves después de haberlas sumergido en agua de 25° de temperatura, es admitido, en patología, que todas las causas deprimentes, debilitando la resistencia vital, predisponen el organismo para toda clase de gérmenes infecciosos y al desarrollo de una diátesis latente. Inspirados en este criterio, los patólogos más autorizados consideran el reumatismo articular agudo como una enfermedad infecciosa, invocando en apoyo de esta opinión los hechos siguientes:

1.° Numerosas enfermedades infecciosas, tales como la escarlatina, la difteria, la erisipela, la piohemia, la fiebre puerperal, la blenorragia y la sífilis, suelen complicarse de inflamaciones articulares, presentando síntomas análogos al reumatismo articular agudo;

2.° Los síntomas clínicos propios del reumatismo articular, revis-

ten el carácter de una enfermedad infecciosa, tales como la temperatura elevada acompañada de sudores copiosos, las complicaciones inflamatorias de las cavidades serosas que lo acompañan muchas veces, y finalmente, la acción específica eficaz de un antiséptico tan poderoso como el ácido salicílico;

3.° El hecho que la angina tonsilar precede con frecuencia á la invasión del proceso reumático, parece ser una demostración de que las tonsilas son la puerta de entrada del gérmen infeccioso, sirviendo al mismo tiempo de foco de proliferación á las bacterias.

Es verdad que no se ha logrado aún hacer la demostración directa de la existencia de bacterias específicas en las articulaciones y las cavidades serosas enfermas. A esto, los defensores de la doctrina parasitaria contestan que los resultados negativos en la exploración del contenido articular, no están en oposición con la teoría de la existencia de toxinas en la sangre segregadas por las bacterias en el foco de su colonización.

(Continuará).

REVISTA DE OFTALMOLOGÍA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital General y Hospicio. Profesor de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Madrid.

SUMARIO: I. La parálisis del motor ocular externo en el curso de las otitis. —II. Afecciones oculares dependientes de los trastornos dentarios.—III. Empleo del argirol en oftalmología. — IV. El tatuaje en oftalmología.— V. La tuberculosis ocular en el niño.

I. Los Dres. Terson (de Toulouse) y A. Terson (de París) han hecho una comunicación á la Sociedad francesa de Oftalmología sobre la parálisis del motor ocular externo en el curso de las otitis.

Es sorprendente ver aparecer en el curso de una otitis, y sobre todo en un niño, una parálisis total de un músculo del ojo. Se supone la aparición de una tromboflebitis ó una meningitis. Sin embargo, aislada ó acompañada de neuritis óptica, la parálisis cura ordinariamente con la otitis. El sexto par es atacado con más frecuencia que los otros nervios oculomotores.

Los Dres. Terson han comunicado dos observaciones de esta clase.

Las dos se refieren á niños que en el curso de una otitis media supurada han sido atacados de parálisis total del motor ocular externo del mismo lado. Esta parálisis no ha sido acompañada de complicaciones intraoculares y ha curado con la otitis.

Se encuentran en la literatura oftalmológica hechos análogos, aunque raros, debidos á Gervaes, Bettmann, Keller, Styx y Schubert; la parálisis tuvo lugar en el mismo lado de la otitis, con ó sin neuritis óptica uni ó bilateral.

La hipótesis de una parálisis refleja debe ser desechada. La evolución de la parálisis, su origen, su manera de iniciarse, su duración, la coexistencia frecuente de una neuritis óptica, son causas para no aceptarla.

Lo que hay necesidad de discutir es la manera cómo la infección de la caja del tímpano llega al sexto par.

En general, no se trata de una meningitis consecutiva á una necrosis ósea ó á un absceso cerebral: este mecanismo es excepcional. Una fijación de toxinas sobre los nervios es posible, pero es más probable que una disposición anatómica especial del sexto par favorezca en estos casos su parálisis. Los trabajos de Van Troltsch, Grubert, Styx y Meier han demostrado la posibilidad de una infección intracraneana por el canal carotídeo á consecuencia de una otitis. La caja del tímpano está ligada por muchas venas, linfáticos y filetes nerviosos á un plexo venoso que rodea la vaina de la carótida en el canal carotídeo. Estos órganos anastomóticos pasan por los conductos carotideosimpáticos y por ellos se propaga la inflamación de capa en capa. Pero en el seno cavernoso el sexto par es el único nervio directamente adosado á la carótida.

Hay, por lo tanto, hechos anatómicos de gran importancia para explicar la parálisis del sexto par en el curso de las otitis y su mayor frecuencia que la de los otros nervios oculomotores.

El pronóstico y la patogenia de esta complicación de las otitis merecen, pues, la atención de los oftalmólogos, otólogos y médicos. (*La Clinique ophtalmologique*, núm. 12, 1906).

II. En ciertas cataratas idiopáticas el Dr. Wibo ha observado la relación bastante frecuente que parece establecerse entre el principio de la opacidad y ciertas neuralgias de origen dentario anteriores á dicho principio. El autor recuerda las íntimas relaciones anatómicas, fisiológicas y patológicas que unen el aparato visual y el dentario.

El reflejo oculodentario puede hacerse por vía trigémina refleja ó

por vía infecciosa; en este último caso, la infección se propaga por vía venosa ó por contigüidad (periostio, hueso, senos). Por otra parte, se han descrito trastornos oculares determinados por las afecciones de la nariz, del oído y de la piel circundante, y experimentalmente se ha comprobado que la excitación de un punto cualquiera del trigémino produce una acción vasodilatadora sobre el globo ocular, al mismo tiempo que la pupila se contrae y que la sensibilidad del ojo aumenta.

Además, los hechos patológicos y también las deducciones terapéuticas que de ellos se desprenden, vienen en apoyo de estas afirmaciones; el autor pasa revista á cierto número de síntomas y de trastornos oculares en relación más ó menos demostrada con lesiones dentarias.

Apoyándose en la teoría de Jacquet sobre la pelada, recuerda que los reflejos oculares morbosos señalados juntamente con las áreas peládicas pueden presentarse igualmente con las afecciones gingivodentarias; los trastornos oculares observados á continuación de la alopecia en áreas no deben ser atribuídos á ésta, y los dos órdenes de manifestaciones peladas y manifestaciones oculares encontrarían una patogenia común en la irritación dentaria.

En suma, las múltiples vías de comunicación, y principalmente las vías de conducción nerviosa, determinan relaciones importantes entre los aparatos visual y dentario: de aquí resulta una repercusión frecuente de éste sobre las membranas del ojo. Según el autor, el reflejismo puede ser más intenso y modificar la textura del cristalino; publica varias observaciones que tienden á probar con hechos que la catarata de origen dentario es una realidad, pues ningún otro factor etiológico parece haber podido intervenir en su desarrollo, y la intensidad de la irritación inicial y las relaciones cronológicas permiten semejante deducción. (*Archivos de Medicina y Cirugía especiales*, núm. 1, 1906).

III. El argirol presenta sobre las otras sales de plata la ventaja de no ser irritante aun empleado en soluciones de 20 á 30 por 100.

La sola precaución que hay que tener es la de proteger la disolución de la acción química de la luz, porque la experiencia ha demostrado que entonces esta sal de plata es irritante, sin que por eso pierda sus propiedades bactericidas. Su empleo en terapéutica ocular merece, pues, ser generalizado.

El autor no está, sin embargo, conforme con la aplicación del argirol en la conjuntivitis purulenta de los recién nacidos, pues le pa-

rece temerario renunciar al nitrato de plata sin que haya otro medicamento que le pueda sustituir.

Las otras indicaciones del argirol son las siguientes:

El argirol está indicado en la conjuntivitis bajo todas sus formas, en las úlceras de la córnea, la blefaritis y las afecciones de las vías lagrimales.

En la conjuntivitis, la fuerza de la solución y la frecuencia de las aplicaciones debe ser diferente según la gravedad de los casos.

En la conjuntivitis catarral benigna de poca intensidad se instilarán en el saco conjuntival tres ó cuatro veces por día algunas gotas de la disolución al 10 por 100.

En la conjuntivitis granulosa es menester instilar el colirio al 20 por 100 dos, tres ó cuatro veces por día, según la abundancia de la secreción. Cuando ésta es abundante, se invierten los párpados y se bañan una vez al día con el colirio al 30 por 100, brochando bien la superficie conjuntival. En los casos de menor intensidad y cuando la secreción es mínima, no es necesario barnizar, siendo suficiente instilar un colirio al 20 por 100.

El argirol será tanto más útil en la conjuntivitis granulosa cuanta más secreción haya, pero cuando ésta cesa, es menester recurrir á los toques con el sulfato de cobre.

Instilando gotas de un colirio al 20 por 100 se disminuye rápidamente la secreción purulenta, y esto sin ninguna irritación para el ojo. En los casos graves se harán instilaciones de este colirio al 20 por 100 cada hora, pero de ordinario cada dos, tres ó cuatro horas es suficiente. Antes de instilar el argirol debe hacerse un abundante lavado de la conjuntiva con ácido bórico para separar todas las secreciones.

Para las úlceras infecciosas de la córnea puede usarse la siguiente pomada:

Argirol	0'50	gramos.
Holocaína	0'05	—
Sulfato de atropina	0'02	—
Vaselina	8	—

Un poco de pomada en el saco conjuntival dos ó tres veces por día.

La pomada al disolverse se extiende sobre la superficie de la córnea y obra sobre la úlcera. La holocaína calma el dolor y además es bactericida. La combinación del argirol, la holocaína y la atropina tiene un poderoso efecto bactericida, analgésico y sedante.

En todas las formas de blefaritis, juiciosamente empleado, el argirol es favorable. Para ello se emplea un pincel de crin corto y fuerte, con el que se hace el brochado de los párpados con un colirio al 30 por 100. Es menester brochar hasta que el borde ciliar sea bien impregnado, teniendo cuidado de separar antes todas las costras. En los casos graves se hace el brochado mañana y tarde, después una vez al día y al fin en días alternos.

En las afecciones de las vías lagrimales el argirol es un precioso agente terapéutico.

Instilado en el saco conjuntival, la solución pasa al saco, al conducto nasal y á la nariz de tal modo, que cuando el enfermo se suena, mancha el pañuelo, lo que les asusta si de ello no están prevenidos.

Cuando el conducto nasal no está obstruído, se puede emplear también el argirol.

Se ha pretendido que el argirol no teñía la conjuntiva; la experiencia no confirma esta pretensión. El uso prolongado del argirol produce en ciertos casos la coloración de la conjuntiva. Se la ha observado después del tratamiento durante seis á doce meses. Sin embargo, esta tendencia á teñir la conjuntiva es menor que para otras sales de plata. Esto se observa rara vez, pero es menester tenerlo presente. (*Le Medicin praticien*, núm. 14, 1906).

IV. Los Dres. Salas y Ribas han publicado en la *Revista Médica*, de Sevilla, núm. 5, 1906, un trabajo sobre el tatuaje en oftalmología.

Sabido es que esta sencilla operación tiene por objeto disimular las manchas blancas ó blanco-amarillentas que constituyen los albugos, nefelium y leucomas, los estafilomas, queratoconos y cataratas complicadas. Es, pues, un efecto estético buscado por el práctico para ocultar una mancha visible. En muchos casos el tatuaje puede mejorar el efecto de una iridectomía óptica haciendo impermeable la mancha corneal á los rayos luminosos, evitando la formación de círculos de difusión y, por último, haciendo que las imágenes formadas por las porciones transparentes de la córnea sean más claras.

Las substancias que se emplean para tatuar son: tinta de China, negro de humo, azul de Ultramar, tanato de cobalto, gráfito, tierra de Siena, polvos japoneses negros, azul marino, amarillo obscuro ó rojo, según el color que deseemos imitar.

Los instrumentos que empleamos son una aguja de Bowmann ó cuatro agujas fijas colocadas en un estuchito, paralelas en un mis-

mo plano, separadas por espacios de menos de un milímetro, y en fin, podemos emplear la aguja hueca de Wecker.

El manual operatorio es el siguiente: Anestesiado el ojo con una solución al 3 por 100 de holocaína, que tiene la ventaja sobre la cocaína de no destruir el epitelio corneano, y hecha la asépsia rigurosa del campo operatorio, aplicamos el blefarostato y hacemos una serie de rayitas perpendiculares entre sí, ó bien un punteado más ó menos extenso, cuyas rayas ó puntos no deben profundizar más que el tejido propio de la córnea. Hecho este primer tiempo de la operación, si la substancia colorante está en disolución, instilamos una gota sobre los surcos ó puntos, extendiéndola con la cucharilla de Crichett y haciendo ligeras presiones para que se infiltre. El ojo debe dejarse abierto, mediante el blefarostato, durante quince minutos. En fin, se aplica un vendaje contentivo, que se quita al tercer día. La operación puede repetirse á la siguiente semana.

Armaignac se sirve de un embudito ancho, que tiene en la periferia de la abertura menor tres puntas agudas para fijarle sólidamente. El embudo tiene un mango que sirve para sostenerlo con la mano, y practica el tatuaje haciendo un punteado oblicuo á la periferia corneal, sirviéndole de apoyo el borde y paredes del embudo, en el que deposita una gota de tinta china.

Iballh se vale del negro de humo para dibujar la pupila y el azul de Ultramar ó el tanato de cobalto si pretende figurar el iris.

Cofler practica el tatuaje cromático, que tiene por objeto simular el iris y la pupila en aquellos sujetos afectados de extenso leucoma, usando diferentes mezclas, según el color que se propone imitar. Además, practica el tatuaje del borde palpebral cuando faltan las pestañas. Lo sencillo de la operación no la excluye de serias complicaciones. En efecto, el tatuaje no debe practicarse más que en leucomas antiguos, para evitar nuevos procesos flogísticos.

La curación perfecta de la úlcera es condición indispensable en toda intervención de esta índole.

Terson señala el término medio de un año para operar en un ojo que ha estado inflamado.

Las afecciones de las vías lagrimales, las de la conjuntiva, las de los párpados, la existencia de inyección periquerática y la hipertensión del ojo, contraindican la intervención.

Las pinzas de diente de ratón, dislacerando la conjuntiva, producirían un tatuaje irremediable, por lo cual se aconseja el empleo de pinzas de bordes romos y recubiertas de cautchouc.

A fin de evitar la iridociclitis y aun la oftalmía simpática (Panas), no se tatuarán los leucomas muy adherentes, ó á lo menos la parte de iris enclavada en la cicatriz, siendo conveniente en estos casos practicar previamente una iridectomía antiglaucomatosa.

V. El Dr. Herbert Parsons (de Londres) ha publicado en la *Clinique Ophtalmologique*, núm. 8, 1906, un trabajo sobre la tuberculosis ocular en el niño, estudiando el modo de presentarse en las diversas partes que integran el globo ocular.

Conjuntiva.—La tuberculosis de la conjuntiva es rara; por término medio se observa un caso por 2.700 enfermos de ojos.

Se presenta bajo diversas formas: 1.ª, pequeñas ulceraciones miliares, que en general sufren la degeneración caseosa y puede unirse formando una extensa ulceración. Se presenta generalmente sobre la conjuntiva palpebral; 2.ª, nódulos subconjuntivales, grises ó amarillos, que tienen apariencias de granulaciones tracomatosas; 3.ª, excrecencias, que tienen la forma de crestas de gallo, situadas en el fondo de saco conjuntival, y se acompañan de tumefacción de la parótida y del ganglio preauricular; 4.ª, tumores polipoides, forma rara; 5.ª, en fin, la ulceración tuberculosa, que puede ser la consecuencia de un lupus.

Córnea.— La tuberculosis primitiva de la córnea es sumamente rara.

Iris.—La tuberculosis del iris se presenta bajo tres formas: 1.ª, la tuberculosis miliar; los nódulos están diseminados sobre toda la superficie de la membrana, pero sobre todo á nivel del pequeño círculo arterial y del borde ciliar. Pueden desaparecer ó aumentar en tal número, que el iris quede transformado en una masa granulosa. En este caso la córnea es invadida y se produce una perforación del limbo; 2.ª, tubérculo confluente. Se observa un tumor amarillo, bien distinto del iris, frecuentemente acompañado de tumores más pequeños; 3.ª, iritis tuberculosa.

En la mayoría de los casos el tumor del iris es secundario, y por consiguiente, endógeno.

Cuerpo ciliar.—La tuberculosis del cuerpo ciliar es en general una extensión de la tuberculosis del iris ó de la coroides.

Coroides. — La tuberculosis de la coroides puede ser aguda ó crónica. Cohnheim la ha observado frecuentemente en enfermos atacados de tuberculosis miliar del pulmón. Se desarrolla poco tiempo antes de la muerte. Su número es muy variable. Los dos ojos pueden estar afectados al mismo tiempo y los nódulos pueden situarse

sobre una región cualquiera de la coroides. Su volumen varía desde el tamaño de una cabeza de alfiler á 2 milímetros de diámetro. Forman prominencia en general hacia la retina y algunas veces hacia la esclerótica.

La tuberculosis crónica de la coroides reviste generalmente dos formas: 1.ª, una inflamación difusa que afecta la coroides en parte ó en totalidad y caracterizada por el desarrollo de tejido granuloso; 2.ª, la presencia de una masa circunscrita, que tiene el aspecto de un glioma. La tuberculosis crónica de la coroides progresa lentamente, puede invadir sucesivamente las otras membranas del ojo y provocar la perforación y pérdida del órgano.

Retina. — En la mayoría de los casos, la tuberculosis de la retina es secundaria á una afección del tractus uveal ó del nervio óptico.

Nervio óptico. — La tuberculosis primitiva del nervio óptico es sumamente rara. Puede ser secundaria á una tuberculosis de la coroides ó desarrollarse á continuación de una meningitis tuberculosa. En este último caso se encuentran tubérculos miliares en las vainas y en el septum del nervio.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión inaugural del día 12 de Octubre de 1906.

Manifestaciones oculares del histerismo (*Conclusión*).—C. *Agudeza visual.*— La agudeza visual se modifica considerablemente en el histerismo, ya disminuyéndose lo que constituye la ambliopía, ya suprimiéndose por completo, dando lugar á la amaurosis.

Ambliopía histérica. — La disminución de visión puede ser en un sólo ojo ó en ambos, y en este caso puede ser desigual, siendo más acentuada en el lado correspondiente á la hemianestesia.

La ambliopía histérica es susceptible de muchas variaciones, ya aumentando, ya disminuyendo ó desapareciendo bruscamente.

La alteración del sentido cromático acompaña casi siempre á la ambliopía histérica. La percepción del azul es la que más se altera, y la del rojo la que menos. Los enfermos confunden cuando se practica el examen, según el método de Bull, el azul y el verde.

Ciertas histéricas, aunque tengan visión binocular, no pueden apreciar el relieve de los objetos, del mismo modo que aunque por medio del sentido del tacto aprecian la aspereza ó suavidad de los cuerpos que tienen en la mano, son incapaces de determinar su forma.

En ciertas histéricas no existe la visión estereoscópica. Es difícil en muchos casos precisar si una histérica ha abandonado la visión binocular porque un ojo es ambliope, ó si por el contrario un ojo se ha hecho ambliope porque no servía para la visión binocular. Esta puede existir á pesar de la pérdida de la visión estereoscópica (apreciación del relieve); así, en un caso publicado por Antonelli existía la visión binocular para la lectura, pero faltaba para las figuras de relieve.

En la ambliopía histérica no existe lesión alguna de fondo de ojo; los reflejos pupilares se conservan íntegros y el campo periférico de la visión suele estar reducido. Aparece la ambliopía histérica en ocasiones de un modo brusco, después de una impresión violenta ó de un traumatismo, y puede curar espontáneamente por medio de la sugestión.

Cuando es unilateral pueden los enfermos ignorar su existencia.

Amaurosis histérica. — Es sin duda la manifestación más importante del histerismo en el aparato de la visión. Es más rara que la ambliopía, puede ser uni ó bilateral y es más frecuente la de un ojo que la de los dos.

La amaurosis bilateral (ceguera histérica) puede aparecer bruscamente y desaparecer de un modo repentino, pero también puede sobrevenir de un modo lento en el curso de los días ó de algunas horas.

Durante la amaurosis, la pupila conserva su reacción á la luz y á la obscuridad. Por medio de la compresión del ojo amaurótico pueden provocarse á veces fosfenos, pero otras faltan estos fenómenos.

La amaurosis histérica puede durar algunos minutos, horas ó algunos días, pero hay casos en los cuales la duración fué de algunos meses. Dieulafoy cita un caso de diez meses de duración y Openheim otro de dieciocho.

Hay casos de amaurosis histérica unilateral en que la afección sólo existe cuando el otro ojo está cerrado; el examen por medio del estereóscopo prueba que existe la visión binocular. En otros casos la amaurosis unilateral existe aunque el otro ojo esté abierto.

La ceguera histérica puede observarse en sujetos que ya han tenido otras manifestaciones claras de histerismo, entre ellas ataques convulsivos, pero también puede presentarse en personas que no han tenido ninguna otra manifestación de dicha neurosis. En este caso se trata de una histeria monosintomática que ocasiona grandes dudas para el diagnóstico.

Para establecerle debe tenerse en cuenta lo que Dieulafoy llama triada sintomática de la ceguera histérica.

Esta triada la constituyen los tres síntomas fundamentales de la amaurosis histérica: ceguera absoluta de principio brusco, conservación de reflejos pupilares é integridad del fondo del ojo.

La ceguera histérica puede ser precedida de cefalea y de otros síntomas de histerismo, pero otras veces no va precedida de trastorno alguno, y la pérdida de la visión se verifica de un modo brusco ó de una manera lenta.

En todo caso la amaurosis es absoluta, los enfermos no perciben la claridad ni la obscuridad.

La pupila puede estar con el diámetro normal, en midriasis ó en miosis, pero el síntoma fundamental es el de conservarse los reflejos normales, tanto para la luz natural como para la artificial, así como persistir el reflejo consensual.

El examen oftalmoscópico demuestra la perfecta integridad del fondo del ojo.

A la amaurosis histérica suelen acompañar otros síntomas oculares de la esfera motora, contractura de los orbiculares y de los superciliares, contractura del recto interno, etc.

La amaurosis histérica rara vez recidiva, si bien Chuchet cita el caso de un individuo en que se presentaron nueve ataques de ceguera en pocos meses, y Bourlier otro de dos en cinco meses. Cuando hay varios accesos, los siguientes son de menor duración que el primero.

El pronóstico de la ceguera histérica es siempre favorable, pero no puede precisarse nunca la duración del padecimiento, por lo cual se debe ser siempre muy reservado respecto á determinar la época en que ha de restablecerse la visión.

Esta se recobra en general de la misma manera que se perdió, y por lo común se cumplen ciertas reglas generales que ha establecido Kerneis. Dichas reglas son:

1.ª Si la ceguera apareció repentinamente, desaparece de la misma manera.

2.ª Si la amaurosis aparece después de una crisis nerviosa, desaparece después de una nueva crisis.

3.ª Si la pérdida de la visión se establece con lentitud, vuelve á aparecer gradualmente.

Estas reglas tienen algunas excepciones. Así, una amaurosis de principio brusco puede desaparecer lentamente; otra que se estableció al mismo tiempo en los dos ojos, puede desaparecer primero del uno y más tarde del otro. En suma, la amaurosis histérica está sujeta á las mismas leyes de evolución que se observan en cuanto á la aparición y desaparición de todos los accidentes histéricos.

Diagnóstico. — La amaurosis histérica que empieza bruscamente en un individuo que hasta entonces no hubiese tenido síntoma alguno de histerismo, pudiera confundirse con la anopsia cortical dependiente de una lesión de ambos lóbulos occipitales ó con la ceguera urémica.

Sin embargo, se establecerá el diagnóstico teniendo en cuenta que en la lesión de los lóbulos occipitales, afección descrita por Chauffard, la ceguera se establece en dos tiempos: primero hemianopsia unilateral, y después en un segundo ictus sobreviene otra hemianopsia del otro medio lado. Esta hemianopsia bilateral provoca la ceguera con conservación de reflejos pupilares é integridad del fondo del ojo.

Pero esta ceguera por lesión de los lóbulos occipitales se diferencia de la histérica, porque en aquella afección se trata de viejos con parálisis generales, con hemiplegias orgánicas, afasia, y en una palabra, con afecciones diversas, dependientes de focos hemorrágicos ó de reblandecimientos.

La ceguera por intoxicación urémica puede también confundirse con la histérica, porque también se presenta de repente, se conservan los reflejos

pupilares y existe integridad del fondo del ojo, pero se establecerá el diagnóstico teniendo en cuenta que la ceguera urémica forma parte (como dice Dieulafoy) de un complexus grave ó mortal, se presenta en individuos que ya tienen edemas, albúmina en la orina, elevación de la tensión arterial, sensación de dedo muerto y demás fenómenos que corresponden á una afección renal, en tanto que la ceguera histérica se presenta en individuos que carecen de trastornos de esta índole.

En los casos en que la ceguera urémica está producida por la retinitis albuminúrica, el oftalmoscopio establece el diagnóstico sin posibilidad de confusión con la amaurosis histérica.

La ceguera histérica es una afección bastante rara. Kerneis, en su tesis, resumió todos los casos publicados, desde el primero, que fué de Corsi de Mongeron en 1747, hasta él, y reunió 33, y añadió uno más, con lo que el número de casos conocidos se elevó á 34; de éstos, dos tercios recayeron en mujeres.

Después de esta lista de casos de amaurosis histérica se han publicado otros por Le Roux de Caen, Addison, Krom, Vetter, Lecornu, Luengo, etcétera, y Dieulafoy, que observó dos casos, con lo cual el número total de casos publicados hasta el día se eleva á 59, según la última publicación de este autor. De estos 59 casos sólo 5 son monosintomáticos.

Es de notar en esta lista de casos publicados de ceguera histérica, la circunstancia de que existiendo algunos de casi todos los países del mundo, sólo uno se haya publicado en España. Este lo ha publicado el Dr. Luengo, médico de Navalmoral de la Mata, á quien yo felicito por su trabajo, citado por varios autores extranjeros.

Después de estos casos se ha publicado uno por Barraquer, de Barcelona, perteneciente á los de naturaleza traumática, y corresponde al 60 de la lista.

Y no es que en España no se hayan observado casos de amaurosis histéricas, sino que en general no se dan á la publicidad.

Casi todos los neurólogos y los oculistas hemos observados varios casos de amaurosis histéricas de un ojo, y algunos, aunque más raros, de amaurosis doble (ceguera histérica).

Nosotros hemos observado tres casos de esta rara enfermedad, que creemos conveniente darlos á conocer en esta solemnidad científica, con lo cual la cifra de los publicados hasta hoy de ceguera histérica se elevará á 63.

Primer caso. — Señora de veintinueve años, que había tenido convulsiones, bola histérica, neuralgias, etc., y que lactaba á su hijo de diez meses de edad. Después de un disgusto perdió repentinamente la visión en el ojo derecho y en el izquierdo, la perdió igualmente en el transcurso de cuatro horas, durante las cuales experimentó la sensación de un velo obscuro que descendía hasta ocultar completamente la visión. Examinamos á la paciente á las tres horas de estar amaurótica, y comprobamos la integridad del fondo del ojo y la persistencia de los reflejos pupilares. La ceguera era tan completa que no había percepción alguna de luz.

El marido de la enferma nos manifestó que ésta tenía gran empeño en criar á su hijo, lo que verificaba no obstante tener una constitución endeble.

Con el fin de ver si la sugestión en estado de vigilia producía á la enferma la curación, la manifestamos que emplearíamos dos medicamentos muy activos, con los cuales recobraría la visión, y en caso de que éstos fallasen tendría que dejar de criar.

La dispusimos agua de azahar, indicándola que tomase una cucharada cada seis horas, en la seguridad de que á la segunda empezaría á ver del ojo derecho, y que recobraría totalmente la vista de éste á los dos días.

La paciente usó dicho medicamento y recobró la vista del ojo derecho en la misma forma que la habíamos sugestionado que ocurriría.

Como persistía la amaurosis del ojo izquierdo, la dispusimos unas píldoras de miga de pan, manifestándola que era el único medicamento con que la ciencia contaba para que recobrase la vista de dicho ojo izquierdo, y de no conseguirlo tenía que dejar de lactar á su hijo. De dichas píldoras tenía que usar una á cada comida y á los tres ó cuatro días recobraría su vista.

Así tuvo lugar y la enferma se presentó nuevamente en nuestra consulta con buena visión en ambos ojos. Comprobamos entonces la reducción del campo periférico de la visión y que los círculos del azul y del rojo se superponían en vez de ser círculos diferentes.

El éxito conseguido en este caso de amaurosis histérica fué debido á la sugestión que ejercimos sobre la enferma ante el temor de tener que entregar su hijo á una nodriza.

Segundo caso. — Señora de cuarenta años, con multitud de manifestaciones histéricas, fuertes ataques convulsivos, neuralgias, fiebre histérica, sensación de bola, anestesia, etc. Una tarde, después de una discusión violenta, quedó repentinamente ciega, sin que distinguiese siquiera la claridad de la obscuridad.

A las dos horas de sobrevenir la ceguera vimos á la enferma, comprobando que las pupilas estaban ligeramente dilatadas, pero reaccionaban á la acción de la luz, y en el fondo del ojo no existía trastorno alguno.

Tranquilicé á la paciente y á la familia, asegurándoles que recobraría la vista y la dispuse el bromuro potásico.

A las seis horas de iniciarse la amaurosis la enferma recobró su vista tan bruscamente como la había perdido, manifestando que cuando la recobró sintió la misma sensación que si se hubiese descorrido un velo negro que tuviese delante de los ojos.

Tercer caso. — Joven de diecinueve años, fuerte, robusto y con perfecta salud, alumno de una Academia militar, que estudiaba muchas horas seguidas y dormía poco en los días que precedían á un examen. Una tarde, después de comer, quedó completamente ciego, sin percibir siquiera la claridad.

El padre del enfermo es muy nervioso y ha padecido vértigos; el paciente tuvo hace un año un ataque nervioso con pérdida de conocimiento, que duró media hora, en el momento de estarse examinando en la misma Academia militar. Con frecuencia padece blefarospasmos que le impiden abrir los ojos, sobre todo por la mañana. En ocasiones padece moscas volantes y vértigos.

Desde hace dos meses venía observando, cuando estaba en clase oyendo atentamente las lecciones de su profesor, que con el ojo derecho veía los objetos de color verde, en tanto que con el izquierdo los percibía con su verdadero color.

El examen oftalmoscópico, practicado á la veinticuatro horas de iniciarse la amaurosis, comprobó la integridad del fondo de ambos ojos, la persistencia del reflejo pupilar á la acción de la luz y la absoluta ceguera, pues el paciente no distinguía la claridad, no obstante la iluminación fuerte de la pupila mediante la lente biconvexa. La luz le produce cosquilleo y picor en los párpados, cuyas conjuntivas están inyectadas.

El examen de la sensibilidad cutánea comprueba la existencia de algunas zonas en que está disminuída, así como el reflejo faríngeo que está abolido. Suele padecer palpitaciones. Diagnostiqué este caso de amaurosis histérica bilateral, estableciendo un pronóstico benigno, si bien no podía precisar la fecha en que la visión se restablecería.

Dispusimos el bromuro potásico, procurando que el paciente adquiriese gran confianza y seguridad de que recobraría su visión; como pasaron varios días sin modificación alguna y el paciente insistía en saber cuándo saldría de la absoluta obscuridad en que estaba sumido, le manifesté que probablemente en la segunda semana recobraría la visión, encargando á la familia que le hiciese también concebir estas esperanzas.

Efectivamente, al noveno día del padecimiento, al poco tiempo de haber despertado por la mañana, la visión se restableció en su totalidad de la manera repentina con que había desaparecido. Durante los nueve días de ceguera no hubo más fenómeno digno de señalarse que la cefalalgia, que se extendía hasta los ojos y que se presentaba algunas tardes.

Aunque ha transcurrido un año de este ataque de ceguera histérica, no se ha reproducido ni se ha presentado síntoma alguno de histeria en el paciente.

Fué, por tanto, un caso de ceguera histérica notable por tratarse de un hombre, no haber presentado anteriormente otras manifestaciones consideradas como histéricas, y cuya génesis debe encontrarse en los grandes trabajos de lectura y escritura que hace este alumno (quince horas por día) en los días que precedían á los exámenes.

D. *Hiperestenia retiniana.*—Se observa frecuentemente en la histeria una hiperestesia retiniana asociada á la fotofobia, á la miodesopsia y á las obnubilaciones. Los enfermos ven numerosas manchas que desaparecen rápidamente. Si después de dirigir la mirada á objetos bien iluminados la dirigen á otros que lo estén menos ó cierran los ojos, ven círculos rojos y globos enrojecidos y hasta objetos que giran, con la circunstancia de que estos fenómenos de hiperestesia retiniana aparecen hasta en ojos ambliopes. Durante la lectura los caracteres se mueven primero y después desaparecen completamente.

También se quejan los histéricos de cromopsias, eritropsia, xantopsia, etcétera. A veces ven los objetos coloreados de verde, otras tienen verdaderas alucinaciones visuales perfectamente conscientes.

La eritropsia y otras sensaciones coloreadas pueden preceder al ataque histérico, constituyendo la llamada áurea coloreada.

En ciertas histéricas se observa una aversión especial para la visión de algún color, como, por ejemplo, el rojo, en tanto que la percepción de otros, como el azul, les es sumamente agradable.

En la retina de los histéricos se observan en ocasiones zonas histerógenas, cuya excitación puede ser causa de accesos convulsivos.

Berger cita un enfermo que, después de estar leyendo cinco minutos, sentía dolores en el ojo izquierdo, que se irradiaban á todo el trigémino, después se presentaba cefalalgia, tic doloroso, y por último una sensación de bola que, naciendo en el epigastrio, subía hasta la laringe y determinaba sensación de estrangulación y sofocación. Cuando dicho enfermo tenía la precaución de vendarse el ojo izquierdo, no se presentaba dicho ataque de histerismo, cuya causa era la excitación de la retina de este ojo. En dicho enfermo existía además anestesia conjuntival, palpebral y estrechez del campo visual.

Gilles de la Tourette observó dos enfermas en que la presión sobre el globo ocular determinaba ataques de histerismo.

En todos estos casos se admite que se ponen en acción las zonas histerógenas, que si hasta hace pocos años se creía que solamente estaban situadas en la córnea, en la conjuntiva y en las vías lagrimales, Berger ha demostrado que también pueden observarse en la retina. Así observó un niño histérico, en el que se presentaban las crisis histéricas siempre que se paseaba á las orillas del lago de Zurich, á causa de la excitación que producía en su retina la reververación de la luz solar sobre la superficie tranquila del agua de dicho lago.

Para terminar lo relativo á la hiperestesia retiniana, diremos que es un fenómeno característico de la histeria la rapidez con que la retina se fatiga, lo que constituye la anestesia retiniana ó astenopia neuropática de Nüel.

E. *Alucinaciones visuales.* — Las alucinaciones de la visión, tanto de los objetos como de los colores, se observan con bastante frecuencia en el histerismo, no solamente durante el delirio y después de éste, sino también fuera de todo trastorno intelectual.

Hay histéricas que encontrándose en sus ocupaciones habituales, se levantan asustadas, viendo á su lado ratones, gatos, leones, etc., que corren por las paredes, lo que las hacen lanzar gritos de terror.

Dichos animales imaginarios son grises, negros ó rojos, y aparecen siempre de un solo lado, que es el de la hemianestesia, y desaparecen en cuanto la enferma dirige su mirada al sitio en que se suponía se encontraban.

Dentro de las alucinaciones visuales es menester comprender ciertas formas de diplopia y poliopia monoculares, bien estudiadas hace pocos años por Lagrange.

La diplopia y poliopia monoculares son anomalías de la visión, que consisten en ver con un solo ojo dos ó más imágenes.

Dicho síntoma puede engendrarse por dos circunstancias diferentes: 1.°, por defectos del aparato dióptrico del ojo ó por sus alteraciones dinámicas; y 2.°, por trastornos de los centros nerviosos capaces de alterar en el encéfalo la formación de las imágenes.

Los vicios de conformación de la córnea, del iris ó del cristalino (opaci-

dades, policoria, catarata, etc.), pueden ocasionar diplopia por la división que producen en el haz luminoso que atraviesa dichos órganos. Del mismo modo la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo pueden producirla cuando el objeto que se mira está fuera de los límites de la visión distinta, pero estas especies de diplopia están fuera de nuestro objeto, y de ellas no nos vamos á ocupar.

En el histerismo se produce la diplopia monocular de dos maneras diferentes. Unas veces depende de la contractura del músculo de la acomodación sin miosis (Parinaud), en virtud de la cual el ojo está acomodado para ver los objetos que están situados á una distancia determinada, y todos los que se colocan delante ó detrás de ésta ocasionan la diplopia, y este caso ya le examinamos entre los trastornos motores del histerismo.

Pero además de esta diplopia monocular histérica hay casos que no dependen de ninguna lesión física del ojo, ni de trastorno alguno de la acomodación, sino que son fenómenos que pasan solamente en el cerebro; en una palabra, que son verdaderas alucinaciones histéricas.

Así Lagrange cita el caso de una niña con diplopia monocular histérica, sin alteración orgánica ni dinámica del ojo, que curó por medio de la sugestión producida por la cauterización superficial de la conjuntiva con el termocauterio.

Estas diplopias monoculares tienen analogía con las diplopias monoculares por lesión cerebral (sin lesión dinámica ni funcional del ojo), citadas por Fontan y Brunschwig.

Entre las alucinaciones de los colores se observa con frecuencia la eritropsia. Berger observó una vieja histérica que durante la noche y con absoluta obscuridad veía un globo de fuego, y preguntaba si á su alrededor había algún punto en ignición.

En fin, entre las alucinaciones que pueden sufrir las histéricas se encuentran la micropsia y la megalopsia, inseparables de la poliopia.

Etiología del histerismo ocular. — Las causas del histerismo ocular son las tan variadas y de diversa índole, que pueden ocasionar esta neurosis. Sin embargo, hay ciertas causas que pueden motivar que esta neurosis determine manifestaciones localizadas exclusivamente sobre el aparato de la visión ó asociadas á los de otros órganos.

Entre estas causas, son dignas de mención los traumatismos sobre el globo ocular, los contornos de la órbita ó en una región lejana. Una contusión ligera, una simple conmoción, puede ser causa de alguna manifestación ocular del histerismo, incluso la ambliopía y la amaurosis.

Como quiera que estos accidentes pueden presentarse inmediatamente después del traumatismo ó transcurrir algunos días después de éste, al parecer sin relación alguna con él, se comprenderá la importancia que tiene el estudio de los histerotraumáticos en general, y especialmente el histerotraumatismo ocular, en todos los casos en que tiene que aplicarse la ley que concede indemnización por accidentes del trabajo.

Discusiones violentas se entablan entre los que deficienden al patrón y los que defienden al obrero lesionado, sobre todo cuando se trata de la amaurosis histérica traumática que recae en un individuo indemne de histerismo hasta el momento de sufrir un accidente del trabajo.

En todos los casos de amaurosis histérica traumática es necesario admitir la responsabilidad del patrón y obligarle á la indemnización, aunque la afección se presente después de las cuarenta y ocho horas de ocurrir el accidente y aunque el traumatismo haya recaído lejos del aparato de la visión.

La bibliografía oftalmológica está llena de casos de histerotraumatismos oculares á consecuencia de la contusión del muslo, de una herida de pierna, etc.

Además de los traumatismos, las manifestaciones oculares del histerismo pueden producirse por las causas que producen otras manifestaciones en otros órganos. Las impresiones morales violentas, tanto de alegría como de pesar, los sustos, etc., pueden ocasionar, lo mismo una ambliopía que un blefarospasmo, lo mismo una amaurosis que un espasmo del músculo recto interno.

Los trabajos exagerados de lectura, escritura, grabado, dibujo, bordados, etc., suelen ser causa, en personas histéricos, de la kopiopia, del estrabismo, de la ambliopía, etc., sobre todo cuando dichos trabajos son ejecutados con escasa luz.

Cuanto al sexo, se observa que el femenino es más atacado que el masculino de manifestaciones oculares del histerismo, en relación á la mayor frecuencia con que padece esta neurosis. Sin embargo, los histerotraumatismos oculures se observan con más frecuencia en el hombre, dada la mayor exposición en que se encuentra pera sufrir accidentes del trabajo.

En la génesis del histerismo ocular tienen gran influencia las intoxicaciones, las afecciones microbianas y ciertas afecciones del sistema nervioso.

Entre las intoxicaciones es el alcoholismo la principal, pues dada la frecuencia con que ésta determina fenómenos visuales, suele además ser motivo ocasional para que se presenten también síntomas oculares del histerismo, y, en este caso se observan en el aparato de la visión fenómenos que dependen de la neurosis y de la intoxicación alcohólica.

Las afecciones microbianas, sobre todo la gripe, la difteria, la fiebre tifoidea, la sífilis, etc., dejan al organismo en un estado de escasa resistencia, que favorece la aparición de manifestaciones oculares del histerismo, cuando se ejecutan trabajos exagerados de visión.

Algunas lesiones del sistema nervioso, como la tabes, la esclerosis en placa, que presentan síntomas en el aparato de la visión, suelen estar acompañadas de otras dependientes del histerismo, pues dichas afecciones orgánicas pueden hacer que estalle esta neurosis. Esta asociación de síntomas en el aparato de la visión, dependientes unos de las tabes y otros del histerismo, deben ser separados con gran esmero.

La ceguera histérica, que es la manifestación más importante que determina esta neurosis en el aparato de la visión, se presenta por las mismas causas que los otros trastornos del histerismo. Unas veces empieza por un sólo ojo para después hacerse doble, y otras en los dos ojos al mismo tiempo. También puede empezar por una ambliopía, que después pasa á amaurosis.

Un trastorno tan profundo del sistema nervioso, como es el histerismo,

no puede menos de influir sobre la nutrición general del organismo, sobre los cambios nutritivos que tienen lugar en la intimidad de todas las células orgánicas y sobre la eliminación de productos tóxicos que tienen que verificar los órganos secretores, que siendo con frecuencia insuficientes, es causa de la acumulación de dichos productos tóxicos y de una verdadera autointoxicación en el organismo. Ciertas alteraciones visuales histéricas, como el escotoma central, ciertos trastornos de acomodación del ojo, son debidos á dicha insuficiente eliminación.

Fisiología patológica. — La fisiología patológica de los trastornos oculares de la histeria no pueden basarse en la anatomía patológica, que hasta ahora no ha podido encontrar lesión alguna que pueda atribuirse á aquella neurosis.

Según los autores, los diferentes síntomas de la histeria se refieren á alteraciones funcionales de la corteza cerebral y son debidos á trastornos de las acciones recíprocas que los diferentes centros nerviosos ejercen unos sobre otros. Así se observa en personas no histéricas que, á consecuencia del predominio de un centro cortical sobre los otros, aparecen fenómenos que se parecen al histerismo. El micrógrafo, cuya atención se concentra en la imagen que aparece en la platina de su microscopio, abandona la imagen que se forma en el otro ojo. Lo mismo sucede al oftalmólogo que fija su atención en el examen del fondo del ojo de un enfermo, no ve lo que pasa á su alrededor, aunque tiene abierto el ojo que no está aplicado al espejo.

La hiperexcitación de un centro cortical actúa produciendo una inhibición de otra parte de la corteza cerebral ó de los centros subcorticales. Solamente la estabilidad de estos fenómenos de inhibición y la facilidad con que se producen, es lo característico de la histeria.

Como dice Lepine, hay interrupción de la transmision interneurónica.

Si difícil es explicar las variadas manifestaciones que el histerismo presenta en las diversas partes del organismo, las dificultades son mucho mayores cuando se trata de las perturbaciones visuales en sus modalidades, agudeza visual, sentido cromático y campo periférico.

Se admite actualmente que en la histeria existen perturbaciones funcionales ó polares de las neuronas correspondientes á los altos centros cerebrales que presiden á la percepción de los actos más elevados del juicio y del yo consciente. Así una histérica que sufre de ceguera para el verde, cuando la vibración luminosa que produce este color llega al centro cerebral perceptivo, no es juzgada, porque dicho centro se encuentra como embotado ó adormecido.

Pitres cree que los centros de percepción encefálica de las imágenes visuales no son los mismos para la visión mono ó binocular, pudiendo estar unos en función y otros paralizados.

Bernheim dice que la histérica neutraliza inconscientemente con su imaginación la imagen visual percibida.

Según Feré, la amaurosis histerotraumática es una parálisis debida á una excitación por agotamiento.

Cuanto á las alteraciones del campo periférico de la visión, así como las anestesias histéricas, se parecen á las distracciones. Entre la percepción

subconsciente y la consciente hay una diferencia radical. La primera está encomendada á centros subcorticales inferiores que forman el polígono de Grases, y nada tiene que ver con la conciencia individual; la segunda, regida por neuronas superiores, supone un psiquismo elevado, un acto de síntesis personal.

En los fenómenos de distracción, los dos centros están disociados. El centro del psiquismo está independiente de los otros cuatro centros inferiores de sensación subconsciente.

En la histeria las impresiones llegan hasta los centros poligonales subconscientes y pueden despertar reflejos y movimientos asociados; aunque el campo de la conciencia está estrechado, la actividad subconsciente ó poligonal persiste.

Si se tiene en cuenta el hecho descubierto por Cajal relativo á las relaciones de contigüidad que afectan entre sus extremidades las prolongaciones de las neuronas, y se admite con Vidersheim los movimientos amibóideos de las células nerviosas, es fácil comprender que las conexiones entre estos elementos pueden estar interrumpidas por retracción de las prolongaciones nerviosas celulares, quedando independientes las células corticales superiores.

De ahí que Janet considera á la histeria como una psicosis perteneciente al grupo de las enfermedades mentales por insuficiencia cerebral y caracterizada sobre todo por síntomas movibles, siendo el principal la disminución de la facultad de síntesis cerebral.

Tratamiento.—El tratamiento de las manifestaciones oculares del histerismo varía poco del que corresponde á las otras manifestaciones de estas neurosis en los demás aparatos orgánicos, siendo muy pocas las indicaciones que hay que llenar de parte del aparato de la visión.

La astenopia histérica por alteración de la acomodación debe tratarse, en los grados débiles, con lentes convexas, y en los fuertes por medio de las instilaciones de midriásicos.

En la insuficiencia de la convergencia por parexia de los rectos internos ó por espasmo de los rectos externos, los prismas de 2 ó 3 grados de forma oval sirven para combatir la diplopia y el estado vertiginoso, que es su consecuencia.

Para combatir la amaurosis histérica se emplean las inyecciones de estricnina á la región temporal, las corrientes contínuas, la metaloterapia, los electro-imanes, etc.

Pero el tratamiento más eficaz para combatir las manifestaciones oculares del histerismo consiste en procurar inspirar confianza al enfermo, ejercer sobre él una influencia sugestiva que, aun en estado de vigilia, es más eficaz para su curación que los agentes farmacológicos más preconizados para combatir las neurosis.

Cuanto á la sugestión durante el sueño, la consideramos todavía de más eficacia que la ejercida durante la vigilia para combatir toda clase de manifestaciones histéricas. El Dr. Bono, de Palermo, que ha hecho un estudio concienzudo sobre la terapéutica sugestiva en las afecciones histéricas de los ojos, ha conseguido muchas curaciones por medio de la sugestión durante el sueño hipnótico.

La buena dirección intelectual de los histéricos, y cuantos medios se destinan á su educación y á elevar su personalidad, producen excelentes resultados para combatir la neurosis histérica y favorecen también la desaparición de las manifestaciones oculares.

PERIÓDICOS

Cirugía vascular.—En el *Siglo Médico* publica el Dr. D. José Goyanes un interesantísimo caso, del cual damos cuenta por la importancia que hoy tiene esta nueva manifestación de la cirugía.

«Se refiere al paciente José L., de cuarenta y un años, confitero, natural de Lugo, que padeció á los dieciocho años un chancro sifilítico con infartos inguinales y erupciones específicas. Su madre murió de una afección cardíaca. No ha tenido hijos. Ha abusado algo de las bebidas alcohólicas. Padeció las enfermedades propias de la infancia. Tuvo dolores reumáticos (¿sifilíticos?). Hace dos años comenzó á notar molestias en el hueco poplíteo del lado izquierdo, atribuyéndolas al reuma, pero sin percibir tumoración. A principios de abril del año corriente comenzó á notar un tumor en la corva, que se desarrolló con vivísimos dolores, propagados hacia la pierna y el pié; estas molestias le indujeron á venir á Madrid.

Estado actual.—Enfermo pálido y enjuto, anémico, con órganos torácicos y abdominales sin nada especial. Arterias temporales y radiales algo atêromatosas. La auscultación cardíaca no revela ruídos patológicos.

Lesión. — Tumoración alargada y difusa en el hueco poplíteo izquierdo, que ocupa totalmente, con pulsación visible y palpable y expansiva; su límite superior accesible se halla en el ángulo superior del hueco poplíteo; el inferior entre el origen de los gemelos, con mayor prominencia hacia el lado externo. Es reductible, pero no completamente. La compresión de la arteria femoral suprime el latido y reduce el volumen del tumor. Existe retardo manifiesto en las pulsaciones de la pedia y tibial posterior, que son bastante débiles y en número de 88 por minuto, y falta de isocronismo entre la pulsación de estos vasos y la de los homónimos del lado derecho, que son de mucha mayor intensidad. La temperatura del pié izquierdo es algo menor que la del derecho, sobre todo en los dedos. En la auscultación se percibe un ruído de soplo isócrono con el pulso.

Diagnóstico.—Aneurisma de la arteria poplítea izquierda, probablemente fusiforme y extenso, en un paciente arterio-esclerósico por infección sifilítica é intoxicación alcohólica.

Operación. — Ligadura doble de la arteria por encima y debajo del saco aneurismático (exclusión circulatoria del aneurisma) y arterioplastia venosa mediante doble anastomosis arteriovenosa terminal.

Fué practicada la operación el día 12 de junio de 1906, con anestesia clorofórmica y con la colaboración del Dr. Bravo; se había practicado pocos días antes, como tratamiento local del aneurisma, una inyección de gela-

tina, que dió origen á una ligera reacción inflamatoria, pero no produjo efecto favorable ostensible sobre el tumor aneurismático.

Una incisión amplia en toda la extensión del hueco poplíteo sobre el tumor, permitió llegar al saco después de seccionar la piel y la aponeurosis. Se aisló después la vena safena externa que circulaba sobre el mismo saco aneurismático y sobre él también, y hacia la parte externa se descubrió la vena poplítea, adherida á la pared aneurismática, pero perfectamente permeable, y el nervio ciático poplíteo externo (adherencias causantes de los dolores). Aislado el tumor vascular, se vió con claridad que era fusiforme; se observó también que su límite superior se aplicaba al anillo de los adductores y el inferior continuaba con un segmento de arteria poplítea de unos 2 centímetros, pasando la vena paralelamente á este segmento.

Preparados los vasos por debajo del aneurisma y cerrada la herida provisionalmente, se volvió al enfermo, y con la técnica ordinaria para la ligadura de la femoral en el conducto de Hunter, se pusieron al descubierto los vasos femorales, muy cerca del anillo de los adductores. Ahora procedimos á la anastomosis arteriovenosa superior, para lo cual se aplicó una pinza hemostática provista de gomas á la arteria femoral y otra más abajo á la vena (el Dr. D. Ambrosio Rodríguez tuvo la amabilidad de comprimir la femoral en el triángulo de Scarpa durante la operación). Se seccionaron los vasos, la arteria un poco más abajo que la vena y se ligaron el cabo periférico de la arteria y el central de la vena (la extremidad se puso entonces algo cianósica). Ahora se procedió á suturar el cabo central arterial con el periférico venoso, colocando con aguja cilíndrica y seda fina tres puntos perforantes á través de todo el espesor de las paredes vasculares, pasando la aguja desde la adventicia á la endotelial de la arteria (de fuera adentro) y desde la endotelial á la adventicia de la vena (de dentro afuera) para invertir los bordes vasculares y lograr la coaptación endotelial (sutura en U de Brieau y Jaboulay). Anudados los tres puntos equidistantes en la circunferencia anastomósica y puestos tensos, el calibre del vaso se mantuvo, convirtiéndose su forma cilíndrica en prismática (según la técnica de Carrel), practicando después una sutura continua también perforante y con coaptación endotélica entre cada dos puntos angulares para anudar los hilos al nivel de estos últimos.

Terminada la anastomosis arteriovenosa superior, volvimos á la región poplítea, y después de seccionar los vasos por debajo del aneurisma, procedimos también con isquemia, y después de ligar el cabo central de la arteria (con lo cual quedó excluído el aneurisma) y el periférico de la vena á la anastomosis arteriovenosa subaneurismática, siguiendo la misma técnica, pero con mayores dificultades por la esclerosis de la pared arterial, que produjo la rasgadura del primer punto angular.

Practicada esta anastomosis, se pudo observar que el tumor aneurismático no latía. Ahora se soltaron las pinzas isquemizantes inferiores, y vuelto el enfermo y soltando las pinzas de la anastomosis superior y abandonada la compresión de la femoral, se pudo observar que la corriente se precipitaba con energía á través de la anastomosis superior, por encima de la cual salió un finísimo hilo hemorrágico (una pequeña punción hecha accidentalmente en la arteria por encima de la anastomosis con la punta del

bisturí), que se cohibió con un punto de sutura. La vena poplítea cambió su color en rojo arterial, latía enérgicamente en todo su trayecto y hasta transmitía la corriente por la vena safena externa, que latía á su vez. La arteria poplítea por debajo de la anastomosis latía también claramente, aunque con menos energía que la vena poplítea aplicada al saco aneurismático. Las arterias pedia y tibial posterior, sin pulsación durante el acto operatorio, comienzan ahora á latir clara, pero débilmente. Quedó, pues, demostrada la permeabilidad inmediata de ambas anastomosis y la persistencia de la circulación en la pierna y el pié. El color de la extremidad cambió de cianósico en rosado, después de soltar las pinzas isquemizantes. Todos estos datos pudieron comprobarse, y se comprobaron por cuantos presenciaban la operación.

Se terminó el acto operatorio con la sutura de las dos incisiones y la colocación del apósito, fijando el miembro en ligera flexión de la rodilla.

Curso.—Por la tarde del día 12 el enfermo había reaccionado del cloroformo, el color y el calor del pié eran normales, se percibían latidos débiles en la pedia y tibial posterior; la temperatura axilar era de 37°,3. Por la noche tuvo el enfermo dolores traumáticos; se le aplicó una inyección de morfina.

Día 13.—Persisten los latidos débiles en los vasos pedio y tibial posterior; color y calor del pié normales; temperatura 37°,1.

Día 14.—Lo mismo que el anterior; los dos dedos del pié izquierdo están algo más fríos que los del pié derecho; se le aplican saquitos de arena caliente.

Día 18.—Pulso, 112; temperatura, 38°,5; ligero edema inflamatorio de la pierna. Se levanta la cura y se encuentra reunida la herida del muslo; la de la corva, en cambio, exuda algo de pus fétido (infección de la gelatina subcutánea inyectada); se desagua con tubo de vidrio. Por lo demás, persisten los latidos de la pedia y tibial posterior.

La supuración persistió bastantes días, pero va ya dominada; puede atribuirse seguramente (por su carácter de infección tardía, por el olor fétido del pus y por producir fiebre de absorción, pero no de reacción flogística) á la infección de la gelatina inyectada antes de la operación.

El paciente, aunque de estado general algo débil, conserva la circulación arterial en el miembro, que goza de color y calor normales, y la tumoración aneurismática está ya muy retraída.

Los resultados conseguidos en el caso expuesto justifican las siguientes conclusiones:

1.ª La anastomosis arteriovenosa doble puede aplicarse al tratamiento de los aneurismas, en el cual le está, quizá, reservado un brillante porvenir, y constituye un nuevo método operatorio ideado por el Sr. San Martín y practicado por nosotros por vez primera en experimentos en los animales y en el caso expuesto anteriormente.

2.ª La anastomosis doble arteriovenosa puede asociarse á la ligadura doble del vaso arterial (exclusión aneurismática) y á la extirpación del saco según el método de Purmann. Lo primero es preferible cuando la vena está íntimamente unida á las paredes del saco y peligre su integridad si se llevara á cabo la extirpación.

3.ª La anastomosis doble arteriovenosa permite el restablecimiento inmediato de la circulación arterial en el miembro operado y su ulterior persistencia.

4.ª No ha dado origen en nuestro caso á hemorragias secundarias ni probablemente á trombosis obturante.

5.ª La circulación de retorno queda suficientemente asegurada para la región poplítea por el sistema de la vena safena interna. Para los demás vasos falta experiencia, pero de todos modos, la ligadura venosa es una lesión menos grave que la arterial».

Completan este trabajo interesantes datos sobre técnica de cirugía vascular é historia del asunto. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 30 de Octubre de 1906.

Del cáncer de la lengua. — El Dr. POIRIER: La cuestión del cáncer está siempre á la orden del día en todas las Sociedades científicas. Experimentos y experimentaciones han demostrado lo ilusorio de las esperanzas fundadas tan pronto en los rayos como en los sueros. En realidad todavía no existe el remedio contra el cáncer, aunque, en verdad, es con frecuencia curable por una operación amplia, precoz y hecha siguiendo las vías anatómicas de propagación, puesto que el cáncer es más ó menos tiempo local, según su variedad y la naturaleza del terreno del individuo. Durante este tiempo es cuando puede curar por una amplia exéresis. Estos hechos son conocidos de todos, y en la última reunión de la Sociedad alemana de estudios contra el cáncer se ha presentado una estadística que da de 20 á 40 por 100 de curaciones después de una intervención operatoria. Desgraciadamente existen cánceres viscerales contra los que la operación es impotente, puesto que se hace siempre muy tarde, en razón de las dificultades del diagnóstico al principio. En los casos inoperables, algunas veces los sueros han dado, al parecer, un éxito relativo, prolongando de algún modo el período de estado; por otra parte, los rayos X con frecuencia han dado buenos resultados en las afecciones superficiales. Mientras que en los demás países se han fundado Sociedades que agrupan todos los elementos de la lucha contra el cáncer, en el nuestro no existe nada de esto, lo cual es muy sensible.

En el cáncer de la lengua, siguiendo mi método de exéresis, con el que se consigue la ablación bilateral de los territorios linfáticos de dicho órga-

no, he obtenido los siguientes resultados: siete muertes inmediatas; un muerto al décimo día post operatorio, después de una inyección de adrenalina hecha por el interno para detener una hemorragia; once recidivas muy rápidas y cinco de éstas han dado lugar á otra operación; dos enfermos de estos últimos parecen curados; ocho han curado, datando la curación de cinco años á uno. Para juzgar bien esta estadística, es necesario pensar que no se trata más que de enfermos muy graves que habían sido considerados en su mayoría, por los cirujanos, como no operables. Todos estos enfermos habían perdido un tiempo precioso, y sobre todo en el cáncer de la lengua es necesario hacer un diagnóstico precoz. En lugar de esto, como que se trata casi siempre de antiguos sifilíticos, se les prescribe el mercurio y algunas veces el yoduro de potasio, y muy pronto la estomatitis mercurial viene á complicar la situación. Otras veces, para afirmar el diagnóstico, se espera demostrar la presencia de ganglios; pero en este momento el padecimiento está ya muy avanzado y la operación se efectúa en malas condiciones. Lo que conviene hacer es extirpar un fragmento de la induración de la ulceración y el examen histológico. Hecha en esta época la operación es generalmente inofensiva y va seguida de curación. Operar á tiempo el cáncer es, pues, de gran importancia, pero preverlo y prevenirlo es aún más importante. Para esto es necesario recordar que esta enfermedad es frecuente en los sifilíticos ó los fumadores y que la reunión de estos dos factores predispone mucho más á padecerla; no se ha de titubear, pues, en extirpar las lesiones precancerosas: las glositis parciales y la leucoplasia.

Patogenia y profilaxis del paludismo. — El Dr. Kelsch: Creo haber justificado suficientemente las reservas que he manifestado acerca del absolutismo de la doctrina anofélica, las cuales no se inspiran solamente en las reminiscencias que nos transportan á épocas lejanas de la historia del paludismo, sino que se apoyan en las investigaciones más recientes y llevadas á cabo con objeto de comprobar esta misma doctrina. En realidad no hay divergencia entre el Dr. Laveran y yo acerca de los deberes que incumben á la práctica, referentes á las medidas profilácticas que se han de oponer al paludismo y hasta creo que estamos muy cerca de entendernos respecto al mismo principio patogénico. A pesar de todos los argumentos contradictorios estoy plenamente convencido de que la nueva doctrina patogénica es impotente para explicar todos los hechos registrados por la observación y que sólo se llenarán estas lagunas con investigaciones ulteriores. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 7 de Noviembre de 1906.

Heridas intestinales por arma de fuego. — El Dr. Potherat: La observación siguiente puede compararse con las referidas por el Dr. Ricard. Se trata de un joven herido por una perdigonada en el flanco derecho. Cua-

renta y ocho horas después del accidente, y en plena peritonitis, fuí llamado para intervenir. Hice una incisión en la herida y encontré el peritoneo bañado por un líquido sucio, las asas intestinales vascularizadas y con ocho perforaciones, que suturé, haciendo, por último, el desagüe á la Mikulicz. A los dos días los accidentes peritoneales estaban conjurados, pero al otro día se encontró la cura bañada en líquido lactescente. Era, en efecto, leche que había salido por una perforación del estómago. Estaba indicada una nueva intervención, pero el enfermo se opuso en absoluto á ser operado de nuevo y murió á los dicisiete días. Este caso es un ejemplo en favor de las intervenciones, aun tardías.

Respecto al modo de sutura de la pared abdominal, sólo diré algunas palabras. Empleo siempre la sutura en tres planos, que creo la más lógica, porque confronta tejidos de igual naturaleza. Con hilos perfectamente asépticos y resistentes es muy sólida y, en teoría, la mejor de todas. Por desgracia, algunas veces los hilos están mal preparados, y en este caso pueden producirse ligeras infecciones, y á consecuencia de ellas la supuración y la eventración. Creo que ésta puede ser favorecida también por la flacidez de la pared abdominal.

Amputaciones económicas del pié. — El Dr. Ricard: El Dr. Souligoux nos ha comunicado diez observaciones de amputación del pié. En ellas se ha atenido á la regla que exige conservar lo más posible de los tejidos. En tres casos recurrió á los procedimientos de Lisfranc y de Chopart, y en los siete restantes empleó el método que recomiendo desde hace varios años, y que recordaré en pocas palabras: se principia por hacer la amputación tibiotarsiana, después se pasa por debajo del astrágalo, extirpando este hueso y el pié, y por último, se reseca una parte del calcáneo, si es necesario, y se suturan los tendones plantares con los dorsales y los dos colgajos cutáneos entre sí. Queda un muñón perfecto, algo movible, sobre el que puede apoyarse el enfermo, y al que se aplica perfectamente un zapato ordinario.

El Dr. Rochard: He empleado cuatro veces este procedimiento en los tumores blancos, obteniendo resultados excelentes.

El Dr. Championnière: Aplaudo este procedimiento, muy parecido al que empleo en los piés zambos. Desearía ver algunos de los operados por dicho método.

Rupturas uretrales. — El Dr. Legueu: En la comunicación del doctor Savariaud se citan tres casos de este género; el autor discute en ella la cuestión de la sutura secundaria. Hago caso omiso de una de ellas, porque no se refiere más que indirectamente á las consecuencias tardías, y sólo me ocuparé de las otras dos. En una de ellas el resultado fué excelente y en la otra dudoso.

En el primer caso la ruptura fué parcial, así que no debe extrañar el resultado, que se comprobó á los tres años; en este enfermo la mucosa fué respetada. No me he referido á las rupturas parciales, sino únicamente á las completas, y en estas últimas aconsejo primero la sutura de los extremos uretrales y después la autoplasia. El resultado es excelente aun en las rupturas completas.

No ocurrió así en el segundo enfermo del Dr. Savariaud, afectado de

ruptura completa. Después de la incisión del periné, nuestro colega hizo desembocar en la piel los dos extremos de la uretra, pero se preocupó más que nada de unirlos uno con otro, á la manera del cañón de una escopeta, y colocó una sonda permanente. La sutura á la piel cedió, los extremos de la uretra se retrajeron y la herida tardó varios meses en cicatrizar; hoy hay estrechez uretral. Para curarla se necesita una resección extensa y la autoplasia.

Bocios aberrantes y epiteliomas branquiales. — El Dr. Reynier: El origen de estos diversos tumores se ha interpretado de distinta manera, y no es aún bien conocido. Creo, por lo tanto, útil referir las dos observaciones siguientes.

En la primera se trataba de una mujer de cincuenta y tres años que padecía taquicardia, exoltalmía y un tumor lateral del cuello más grueso que el puño; debajo de este tumor, en el triángulo supraclavicular, había un tumorcillo duro, en forma de castaña, y cuya aparición databa de treinta años. Extirpé el tumor grueso, costándome algún trabajo aislarle de los gruesos vasos de la región. La herida cicatrizó por primera intención. No extirpé en la misma sesión el tumor más pequeño porque me olvidé de él. Tuve que extirparle después, porque principió á aumentar de volumen, Después de esta última intervención la enferma tuvo una crisis de taquicardia y una agitación particular que jamás he observado en los casos de tiroidectomía. Estos accidentes sólo duraron cuarenta y ocho horas. El examen histológico demostró que los tumores extirpados se habían desarrollado á expensas de células tiroideas.

Mi segunda observación se refiere á una mujer de treinta y cinco años, verdadero tipo de semicretina. Tenía desde su infancia un tumor que sobresalía en el suelo de la boca y se extendía hasta la región suprahioidea. Era de consistencia tan blanduja, que se creyó se trataba de una ránula. Al extirparle observé que tenía adherencias fuertes con el hioides. El examen histológico demostró que se trataba de un adenoma quístico tiroideo. Las dos enfermas curaron.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 31 de Octubre de 1906.

Efectos de la compresión del vientre. — El Dr. *Stabel* presenta un joven que sufrió hace veintisiete días una compresión del vientre muy fuerte estando trabajando. Inmediatamente después se apreció la existencia de un equimosis conjuntival, cuyos restos aún se ven. También se produjeron equimosis subcutáneos en la frente, mejilla y cuello.

Autoplastia del pulgar á expensas del dedo gordo del pié. — El Dr. *F. Krause* presenta un joven, comerciante, quien, cuando tenía cuatro años, perdió parte del pulgar por haber sido seccionado éste por una máquina de cortar paja, no habiéndole quedado más que un muñón de unos 15 milímetros de largo. Semejante mutilación perjudicaba mucho al paciente, por lo cual el

autor trató de repararla recurriendo, no como lo ha propuesto Nicoladoni, al segundo dedo del pié, que en el caso actual estaba muy poco desarrollado, y era, por lo tanto, inútil para el caso, sino al dedo gordo. Respetando todo lo posible la cicatriz ósea, disecó y separó la piel del muñón del pulgar; á nivel de la articulación interfalángica hizo un corte transversal que interesaba el lado dorsal del dedo gordo del pié; para proporcionar espacio suficiente, resecó un trozo del extremo periférico de la primera falange del dedo gordo, cosió la piel y los tendones extensores del muñón del pulgar con los puntos correspondientes de la falange final del dedo gordo, y por medio de un vendaje enyesado fijó el enfermo en esta posición durante diecisiete días. Los dolores que al principio se produjeron en la rodilla, se combatieron por medio de la morfina. Después toleró muy bien el paciente su violenta postura; lo único que le hizo sufrir mucho fué el calor (era en julio). Pasados los diecisiete días se cortó al través el lado plantar del dedo gordo y se fijó al lado palmar del dedo pulgar. El resultado ha sido excelente. El sujeto tiene hoy un dedo pulgar útil, movible y con el que puede coger y sostener los objetos con fuerza.

Sarcoma de la nariz. — El Dr. de *Bergmann* presenta un hombre al que se le han extirpado hace diez años algunos tumorcitos de las fosas nasales en varias sesiones. Hace cinco años se le ha hecho una operación mayor, al parecer una resección del maxilar superior. En la actualidad tiene un tumor muy voluminoso, y que le desfigura, en la frente y en el dorso de la nariz; este tumor ha hecho que se aparten los dos ojos y es indudablemente un sarcoma. En los casos de tumores retrofaríngeos, cree el autor que es indispensable hacer la operación en las condiciones más perfectas que se pueda de despejo del campo operatorio, tanto que no teme en tales casos practicar la resección osteoplástica de ambas mandíbulas, y además de esto invertir hacia arriba la nariz, á fin de obtener así un acceso bien franco al espacio nasofaríngeo.

El Dr. *Gluck* dice haber operado al enfermo hace cinco años, habiéndole practicado por entonces una resección del maxilar superior. El paciente permaneció sin recidiva dos años; pero cuando se presentó dicha recidiva no consintió en operarse hasta que se desarrollaron tumores como los que ahora se ven.

Corrientes en la cámara anterior del ojo.—El Dr. *Türk* comienza recordando experimentos de Ehrlich, quien, inyectando fluorescina en la cámara anterior del ojo del conejo ha demostrado que en el humor acuoso existe una corriente que hasta ahora no se había conocido; á causa de ella se orientan las estrías verdes en líneas bien determinadas. Como causa de dicha corriente se inclina á admitir diferencias de temperatura entre la pared anterior de la cámara y la posterior. Detrás están el cristalino y el cuerpo vítreo, que le sigue, los cuales tienen la temperatura del cuerpo; delante, la córnea, que se está enfriando constantemente por la evaporación hacia afuera.

El autor ha hecho un modelo de vidrio: un cristal de reloj se fijó herméticamente por su borde sobre un disco de vidrio plano y paralelo. La cavidad, formada de este modo, se llena de agua, en la que se ha suspendido un poco de fluorescina, y hecho esto se calienta la pared posterior.

Entonces se ve claramente aparecer una corriente, cuya figura recuerda la encontrada por Ehrlich en el ojo del conejo.

Infiere de esto el autor que la corriente del humor acuoso debe ser ocasionada por influencias físicas; y como quiera que éstas son en el ojo de los demás animales y en el del hombre las mismas que en el del conejo, ó sea la diferencia de temperatura de sus paredes, tanto en uno como en otro caso debe de producirse una corriente.

La acción de esta corriente sólo se manifiesta en partículas de muy poco peso; las más pesadas, como los glóbulos de pus, etc., descienden sencillamente al punto más bajo de la cámara anterior. Hay que atribuir á la corriente mencionada los conocidos sedimentos ó depósitos de forma triangular que quedan como residuos típicos de una iritis serosa.

El Dr. *Wessely* refiere haber construído un modelo para observar las particularidades de la corriente en cuestión, el cual está constituído por dos cámaras separadas por una membrana de pergamino; una de ellas se llena con un líquido claro; la otra con una disolución de fluorescina. En este modelo, y sin necesidad de calentar una de las paredes, se verifica un cambio entre ambas disoluciones, formándose al mismo tiempo corrientes cuya dirección es análoga á la de las corrientes observadas por Ehrlich por primera vez. Verdad es que el dibujo trazado por dichas corrientes se hace mucho más marcado cuando se calienta una de las cámaras.

El Dr. *Hamburger* dice que, habiendo suspendido en agua un intestino de ratón, lleno de una disolución de fluorescina, vió igualmente aparecer corrientes en dirección determinada. Es indudable que la diferencia de temperatura no deja de tener su influencia en las corrientes que aparecen en el humor acuoso, pero también lo es que no es la única causa de tales corrientes. — (*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 19 de Octubre de 1906.

Tuberculosis cutánea sifilítica. — El Dr. *Salomón Ehrmann* presenta un enfermo con ateromatosis de la aorta y forma tardía y girata de tuberculosis cutánea sifilítica. Llaman la atención las arborizaciones y tintes jaspeados que presenta la piel en la región pelviana, entremezcladas con tubérculos cutáneos sifilíticos. También las hay en el pecho y en el vientre y en las extremidades superiores; pero aquí ó no hay tubérculos ó están del todo al lado de las estrías marmóreas.

Esta afección es poco conocida. El autor conoce hasta ahora cuatro casos complicados todos con ateromatosis de la aorta y de los grandes vasos. El microscopio demuestra que se trata de una esclerosis de las arterias más pequeñas que radican en la misma piel. Esta esclerosis de las paredes arteriales es causa de que, al cesar el sístole del ventrículo izquierdo, falte la fuerza elástica é impulsiva de las túnicas arteriales que normalmente se encarga, durante el diástole, de continuar el movimiento de la sangre ha-

cia los capilares, por lo cual quedan siempre llenos por una columna sanguínea que se mueve con lentitud. Si en este estado frotamos la piel, podemos empujar mecánicamente la columna sanguínea, pero no provocamos una contracción de los capilares y de las arterias rígidas. La hiperhemia reaparece en el acto, porque con el nuevo sístole vuelve la estancación. El origen de esta forma de arterio-esclerosis sólo se puede explicar por la transición de un cutis marmóreo en un exantema de grandes placas. Se observa, en efecto, en el período de erupción de una sífilide maculosa que las eflorescencias se presentan preferentemente en las partes lívidas de la piel, destacando por su color más rojo cobrizo, y que entonces se interrumpe la red lívida, apareciendo el cuadro de la sífilide de grandes placas. Excindiendo una de tales eflorescencias y tiñéndola por el método de Levaditi, se ven los espirocetes pálidos en la pared vascular y en sus inmediaciones más próximas. Hay que sospechar que persisten aquí en alguna forma (opinión que es la que tiene razón de ser si queremos explicar las recidivas regionales) y que más tarde conducen á la esclerosis de las arterias pequeñas, de lo cual depende la analogía que existe, hasta cierto punto, con la piel jaspeada ó marmórea.

Pitiriasis liquenoide crónica. — El Dr. *Ehrmann* presenta una niña de trece años con esta afección, caracterizada por papulitas brillantes que recuerdan el líquen ruber, las cuales, con el tiempo, se convierten en eflorescencias mayores blanquecinas, escamosas, del tamaño de una lenteja, que asemejan el psoriasis, y cuya cubierta toma entonces un tinte anaranjado-obscuro. Los remedios que se usan en el psoriasis, incluso el arsénico, son de eficacia todo lo más transitoria; la etiología del mal es desconocida.

Ulcera gástrica; perforación; operación; curación. — El Dr. *Julio Schnitzler* presenta dos casos de úlcera gástrica perforada, los cuales se curaron por medio de la operación. Uno de ellos tiene, además, la particularidad de que ya ha sufrido por dos veces la perforación de una úlcera gástrica en la cavidad abdominal. Este caso, además de demostrarnos la utilidad de la cirugía en la úlcera gástrica, presenta de notable que la segunda perforación sobrevino al año de la gastroenterostomía que se le había practicado á causa de la úlcera. Las recidivas de ésta después de la gastroenterostomía, sea cualquiera el procedimiento operatorio empleado, son tan frecuentes relativamente, que se hace preciso abandonar la idea de que la gastroenterostomía es un tratamiento causal de la úlcera del estómago. Es indudable que la operación está justificada y hasta es necesaria cuando existe estrechez; pero en los casos de úlcera abierta sin perturbaciones mecánicas, no parece estar indicada la operación más que en aquellos enfermos en quienes ha fracasado el tratamiento médico continuado con mucha constancia.

El Dr. *Antonio de Eiselsberg* manifiesta que él tampoco opera ningún caso de úlcera hasta haberse convencido de la inutilidad del tratamiento interno. Llama además la atención sobre el valor de la yeyunostomía, y aconseja este procedimiento en los casos en que el paciente está muy débil y en que la perforación ha quebrantado mucho su estado general.

Adenoma sebáceo de Pringle. — El Dr. *Gustavo Riehl* presenta cinco casos de esta enfermedad, que no es ni un adenoma ni una afección de las glán-

dulas sebáceas. Dos de los enfermos presentados son dos hermanas gemelas. En la mayoría de los casos la afección se presenta en la infancia; en otros al principio de la pubertad ó después de una enfermedad infecciosa aguda. En los otros tres casos se trata de dos muchachas y su padre, y hay otros varios casos en la misma familia. La coexistencia de otras deformaciones, y, en dos de los casos presentados, de defectos de inteligencia, nos hacen comprender que se trata de una afección congénita ó de origen congénito, y que, en este último caso, no se hace manifiesta hasta cierta época de la vida, confirmándose en este caso la teoría de Conheim.

Sobre las imágenes recordables. — El Dr. *Victor Urbantschitsch* habla primeramente de las imágenes ópticas recordables; insiste en la diferencia entre el simple recuerdo de un objeto visible y la imagen recordable é intuitiva del mismo objeto, y explica el modo peculiar de ser de cada una de ambas clases de imágenes recordables. Trata después de la localización subjetiva de las imágenes recordables y de la trasmutación ó traspaso de la imagen recordable de un lado al opuesto, con lo cual puede suceder que se reunan dos imágenes recordables diferentes, de las cuales una se encuentra en el lado derecho y la otra en el izquierdo. La imagen recordable no es raro que revele variantes de la impresión visual precedente. Así se observa á menudo que cifras ó letras de una palabra que estaban sobrepuestas verticalmente, se coloquen en dirección horizontal; que imágenes, palabras ó números que se habían presentado en forma anómala, aparezcan en disposición correcta en la imagen recordable, y que letras revueltas y confundidas de dos palabras diferentes aparezcan separadas y unidas después, de modo que forman las palabras respectivas. Partes de varias imágenes que en el objeto presentado estaban colocadas en su sitio correspondiente, es muy común que aparezcan donde deben en la imagen recordable, y también sucede lo mismo con partes mal colocadas de una imagen; palabras escritas con equivocaciones, puede ocurrir que aparezcan sin ellas en la imagen recordada. Por último, trata el autor de la aparición de impresiones visuales inconscientes en la imagen recordada, en aquellos casos en que cada una de las partes del objeto presentado no llegan á percibirse aunque se dirija después la atención hacia ellas.

(*Wiener Klinische Wochenschrift*). — R. DE VALLE.

PERIÓDICOS

Significación diagnóstica de la acetona en las afecciones ginecológicas.—Refieren los Dres. Baumgarten y Popper que en todos los casos de embarazo extrauterino con hemorragias en la cavidad abdominal, se encontró una gran proporción de acetona y sus derivados en la orina, y que en cambio en algunos casos en que tanto la anamnesia como los demás datos clínicos hacían sospechar la existencia de un hematocele (existencia de calostros y de un tumor blando, elástico y fluctuante, situado detrás del útero y que

sobresalía en el espacio de Douglas), la falta constante de acetona y de ácido diacético, deponían en contra de dicho diagnóstico; y en efecto, se confirmó no tratarse de un hematocele al practicar la intervención quirúrgica. — (*Wiener Klin. Wochenscherift*). — R. del Valle.

Beri-beri. — El Dr. M. Herzog ha publicado en el *Philippine Journal of Science* (septiembre 1906), un interesantísimo trabajo sobre el beri-beri, cuyas conclusiones son las siguientes:

1.ª El beri-beri, Kakke, «*polineuritis endémica* (Baelz), *endémica* (Scheube), *neuritis múltiple*» es una enfermedad aguda, subaguda ó crónica, que en general predomina sólo en ciertas comarcas. Se caracteriza clínicamente, por trastornos circulatorios, motores y sensitivos.

2.ª Sus lesiones anatómicas más acentuadas son: primero, hipertrofia y degeneración del miocardio, y degeneración de los músculos periféricos y de los músculos esqueléticos; y segundo, edema localizado ó más ó menos general, degeneración parenquimatosa de los riñones y del hígado, y hepatitis intersticial.

3.ª El beri-beri no es primitivamente un trastorno primitivo ni una intoxicación simple como las producidas por el plomo, el alcohol, el arsénico, etc., que van acompañadas de neuritis periféricas múltiples, sino una enfermedad infecciosa.

4.ª Los experimentos hechos en los animales y los análisis de la sangre indican, al parecer, no ser cierto el descubrimiento de un microorganismo específico de la enfermedad.

5.ª Aunque á falta de una prueba positiva, es quizá peligroso aventurar una hipótesis, me arriesgo á expresar la creencia de que el beri-beri es debido á un organismo que penetra en el cuerpo humano directamente ó por el intermedio de los alimentos, el cual, una vez en la economía, produce una toxina de carácter y efectos idénticos á la de la difteria ó á la del tétanos, y que por su acción acumulada determina las lesiones anatómicas é histológicas propias del beri-beri.— F. Toledo.

¿Se debe estimular la expulsión de los cálculos biliares?— Así como en otro tiempo había gran empeño en estimular la expulsión de los cálculos biliares, aunque esta expulsión produjera cólicos, en la actualidad no se provoca la salida de los cálculos, y en cambio se combate la infección de las vías biliares.

Ahora bien, en concepto del Dr. Linossier, en los enfermos que en sus cólicos expulsan siempre cálculos pequeños blandos y muy iguales y en aquellos que no presentan síntomas de infección y en que hay motivo á pensar por la persistencia de la ictericia, que tienen cálculos en el conducto colédoco, se debe aún hoy en día provocar la expulsión de la piedra por medio de un tratamiento que determine la aparición de un cólico.

(*Rev. de ther. medico-chirurgicale*). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

EL REUMATISMO ARTICULAR CRÓNICO PRÍMITIVO

Y SU TRATAMIENTO

POR EL

DOCTOR PH. HAUSER

(Conclusión).

De todos modos, aunque el origen parasitario del reumatismo articular agudo no está demostrado de un modo directo y positivo, no sólo la mayor parte de los patólogos modernos se inclinan á considerarlo como una enfermedad infecciosa, sino también á medida que aumentaba el número de adeptos de la doctrina parasitaria del reumatismo articular agudo, se ha querido hacer ésta extensiva al reumatismo articular crónico progresivo. Con este fin, la cuestión fué llevada para ser discutida al XV Congreso alemán de Medicina interna celebrado en Berlín en el mes de junio de 1897. Los ponentes de este tema fueron los Dres. Baümler, de Friburgo, y Ott, de Praga. Estos se han limitado en sus informes á exponer el estado actual de la cuestión, tanto bajo el punto de vista anatomopatológico y clínico, como bajo el del tratamiento, sin añadir nada de nuevo, mientras que el Dr. Schüller, distinguido cirujano de Berlín, quien tomaba parte en la discusión, después de haber hecho un cuadro sombrío de la suerte de estos enfermos, declaró que, después de haber ensayado sin resultado diversos medios de tratamiento contra algunos casos de artritis deformante, juzgó oportuno intervenir quirúrgicamente. En todos estos casos pudo comprobar: 1.°, que la sinovial estaba engrosada y cubierta de enormes vegetaciones flácidas; 2.°, que en el examen bacteriológico hecho en las piezas procedentes de las artrotomías encontró un pequeño bacilo; además ha visto montones de micrococos en los líquidos extraídos de las articulacio-

nes de los enfermos, y la inoculación de estos líquidos en la rodilla de conejos, ha producido una artritis semejante á aquella del reumatismo crónico, sin alteración de los cartílagos ni de los huesos. Añade que las inyecciones intra-articulares de yodoformo en forma de emulsión adicionada de guayacol, han producido la desaparición de las enormes tumefacciones, pero este tratamiento es muy doloroso y largo, necesitando repetidas inyecciones. En cambio, el doctor Chvosteck, de Viena, contestando al Dr. Schüller, se niega á admitir la existencia de un microorganismo patógeno del reumatismo articular, tanto agudo como crónico, pues él lo había buscado en balde en 33 enfermos, en los cuales 17 punciones articulares han dado un resultado negativo y 16 veces la sangre fué encontrada estéril. En cambio, después de la muerte, encontró diversas bacterias en las coyunturas, lo mismo en aquellos casos que han dado un resultado negativo durante la vida, lo que ha inducido al Dr. Chvosteck á creer que el resultado positivo anunciado por ciertos autores se refiere á casos de pseudoreumatismos infecciosos, ó bien que las bacterias encontradas en las articulaciones provenían de metastasis de un foco infeccioso distante; tampoco niega que en aquellos casos que han arrojado en el examen un resultado negativo, podía haber existido en alguna parte del organismo (anginas tonsilares, pleuresías, etc.) bacterias patógenas cuyos productos tóxicos hayan sido llevados á las articulaciones de los individuos predispuestos, produciendo la artritis deformante. El Dr. Michaelis, de Berlín, basándose en numerosas observaciones bacteriológicas hechas en individuos procedentes de la clínica del Dr. Leyden, afirma igualmente no haber encontrado jamás bacilos en las articulaciones ni en la sangre de los enfermos afectados de reumatismo articular crónico. En vista de las afirmaciones contradictorias por personas cuya competencia y autoridad en la materia están generalmente reconocidas, no es permitido establecer un juicio definitivo; no obstante, fijándose en el estado actual de la Medicina, que piensa y que obra bajo el imperio sugestivo de la bacteriología, es muy lógico de atribuir la génesis del reumatismo articular agudo á un origen parasitario, lo mismo que á la de la pulmonía, con la cual se había encontrado ya alguna analogía en la época en que la patología se hallaba bajo el dominio de la escuela química biológica que estableció una base química para diferentes enfermedades. Entonces fué el análisis químico de la sangre que sirvió de oráculo, como hoy día el microscopio, al cual se consultaba cuando se trataba de aclarar una

cuestión obscura en la Medicina. Así se recurrió al análisis químico para demostrar que la causa patógena de la pulmonía y del reumatismo articular agudo era el exceso de fibrina en la sangre, y también á este concepto correspondía el método terapéutico de la sangría en ambas enfermedades, que quedó tanto tiempo en boga.

Indudablemente, el reumatismo articular agudo presenta en la manera de su invasión, como en el curso de su evolución, el sello característico de una enfermedad infecciosa. *En primer lugar*, se inicia por un calofrío y fiebre intensa, seguida de sudores copiosos; *en segundo lugar*, su tendencia á propagarse por brotes sucesivos; *en tercer lugar*, su tendencia á recidivar después de un lapso de tiempo más ó menos prolongado; *en cuarto lugar*, su tendencia á presentarse á veces en forma endémica; *en quinto lugar*, la orina escasa, concentrada, ácida y con sedimentos de uratos; *en sexto lugar*, su tendencia á localizarse en el pericardio y en las cavidades serosas, un conjunto de razones poderosas que vienen en apoyo de la tesis que admite la acción directa de una substancia tóxica en la sangre. Por otra parte, hay un gran número de enfermedades infecciosas que van alguna vez acompañadas de reumatismo articular, tales como la blenorragia, la escarlatina, la erisipela, la tuberculosis, la sífilis, etc. Aunque todos estos casos son pseudoreumatismos y son denominados hoy día *artritis blenorrágica*, *escarlatinosa*, *erisipelatosa*, *tuberculosa*, *sifilítica*, etc., no deja de ser un hecho demostrativo que hay un gran número de enfermedades infecciosas que tienen una predilección para una localización articular.

Pero precisamente estos argumentos que establecen numerosas analogías entre el reumatismo articular y las enfermedades infecciosas, hablan en contra del origen parasitario del reumatismo articular crónico, pues éste difiere bajo diferentes puntos de vista del tipo de las enfermedades infecciosas y carece de los síntomas característicos de éstas.

En primer lugar, toda enfermedad infecciosa se caracteriza por un período de incubación y por un acceso febril más ó menos intenso que indica la reacción del organismo contra la invasión del germen patógeno, síntoma que falta en el reumatismo articular crónico, pues éste se halla raramente acompañado de fiebre y en este caso el movimiento febril no es intenso, hasta el punto que esta clase de enfermos se encuentra rara vez en los hospitales ordinarios, sino más bien en los hospicios de incurables, y con razón Charcot le ha calificado de una afección esencialmente nosocomial.

En segundo lugar, el reumatismo articular crónico progresivo no tiene afinidad para las serosas no articulares; nunca se le ha visto acompañado de endopericarditis ni de peritonitis ni de meningitis, cosa muy frecuente en el reumatismo agudo.

En tercer lugar, el reumatismo articular crónico ataca en su gran mayoría á las mujeres debilitadas por el sobrecansancio físico ó moral, sea durante el embarazo ó sea en el período de la menopausia.

El Dr. Pierre Marie, en sus Lecciones de clínica médica dadas en el Hôtel-Dieu en el año 1894-95, dedica la primera lección al reumatismo crónico. En ésta el autor pretende que el reumatismo crónico no es una entidad «morbosa autónoma, sino más bien una expresión sintomática derivada de afecciones muy diferentes unas de otras».

Conforme á este concepto, estudia esta enfermedad, tanto desde el punto de vista etiológico y evolutivo, como de su tratamiento. Admite dos grandes formas: el reumatismo crónico diatésico y el reumatismo crónico infeccioso. El primero, dice, es de origen hereditario, hallándose frecuente entre los distintos miembros de una misma familia; ataca sobre todo y primitivamente los huesos y los cartílagos, y cuando llega á invadir las serosas, es sólo después de muchos años de sufrimiento. El segundo, al contrario, como todas las enfermedades infecciosas, manifiesta en el momento de la invasión una predilección particular para las serosas articulares y periarticulares, y de allí resulta mayor gravedad de las lesiones que ocasiona; los movimientos son mucho más limitados y más dolorosos, y á causa de la destrucción de las serosas y ulceración del cartílago, la anquilosis es más completa y los músculos, tanto por falta de movimiento, como á causa de la neuritis que la acompaña, sufren una atrofia más pronunciada. Esta forma se distingue además por la circunstancia de haber sido precedido muchas veces de un estado infeccioso catarral, tal como una amigdalitis flegmonosa ó una blenorragia ó un estado puerperal. En efecto, el Dr. Charrin, en la Asociación francesa para el adelanto de las ciencias, en agosto de 1894, presentó un caso de reumatismo crónico deformante que se desarrolló durante la convalecencia de una amigdalitis.

Algunos eminentes patólogos, tanto en Alemania como en Inglaterra, tales como Remak, Senator, Ord, Sir Dyce Duckworth, en oposición con los autores anteriores, teniendo en cuenta el hecho de la fijeza del reumatismo crónico en las articulaciones invadidas, su

carácter asténico y su tendencia progresiva, admitieron la existencia de una alteración nutritiva de los centros nerviosos, dando lugar á lesiones tróficas de las articulaciones, tanto de los tejidos blandos como sólidos, y á exudaciones plásticas intra y extra-articulares con todas sus consecuencias.

El Dr. G. A. Bannatyne, en su libro *Rheumatoid arthritis* (1), ha hecho serias objeciones á esta teoría, pues las lesiones del sistema nervioso tienen que ser una de estas tres formas: central, periférica ó refleja. En el primer caso, es decir, tratándose de una lesión de los centros nerviosos, ésta no puede ser otra que una alteración medular, sea de la substancia gris ó de los cuernos posteriores de la misma substancia; pero hasta ahora no se ha descubierto ninguna alteración nutritiva sensible de los centros medulares en las autopsias practicadas en los hospitales con este objeto. En el segundo caso, una lesión de los nervios periféricos no puede ser otra que la consecuencia de una neuritis. En efecto, ésta se encuentra frecuentemente en toda clase de artropatías, y sobre todo en la artritis deformante, pero en este caso la neuritis es más bien la consecuencia del proceso inflamatorio articular que la causa. Pitres y Vailliard (2) han confirmado la existencia de una neuritis muy pronunciada en varios casos de reumatismo articular crónico, y consideran muy probable que hay una relación entre la neuritis y el desarrollo de los trastornos tróficos. Por otra parte, Dupley y Cazin (3) han encontrado igualmente síntomas inflamatorios en los nervios que animan las articulaciones.

Pero ahora falta por determinar la naturaleza del agente patógeno que produce lesiones tróficas tan extensas y tan variadas en el sistema nervioso periférico.

El Dr. Ord (4) opina que los trastornos tróficos articulares no son debidos á una lesión central, sino que son producidos por *una acción refleja;* el punto de partida, según él, sería algún padecimiento visceral, y particularmente el aparato genital. Este autor admite que la irritación de este órgano se refleja sobre los centros nerviosos medulares, cuyo impulso irradia á su vez sobre los nervios periféricos de las articulaciones.

Desgraciadamente, esta teoría no se funda ni en una ley fisioló-

(1) Gibert A. Bannatyne: Rheumatoid arthritis. Londres, 1904, pág. 22.
(2) Pitres y Vailliard: *Revue de Médecine*, núm. 6, 1887.
(3) Dupley y Cazin: Arch. générales, janvier, 1891.
(4) Ord: *Brit. Med. Journal*, vol. II, 1884, pág. 268.

gica ni en un hecho clínico, pues si bien es verdad que una lesión de los centros nerviosos puede dar lugar á lesiones tróficas de las articulaciones, tales como se encuentran en la tabes, siringomielia, etcétera, y que una lesión visceral puede ocasionar por vía refleja *trastornos funcionales* en otro órgano, no existen hechos que demuestren que una acción refleja puede engendrar *alteraciones tróficas* del sistema nervioso periférico. La etiología neurotrófica del reumatismo encontraría sólo una explicación lógica, basada en hechos clínicos, si se admite al mismo tiempo otro factor auxiliar, tal como la acción provocadora de una toxina preexistente en el organismo, la cual constituiría el agente patógeno que influye directamente sobre la nutrición del sistema nervioso periférico; pero tal toxina no puede ser de origen parasitario, ó sea infeccioso, por las razones ya expuestas en las páginas que anteceden, y tiene forzosamente que ser uno de los numerosos productos tóxicos formados en el intestino del organismo mismo, ó sea una substancia nociva engendrada por insuficiencia de una de las secreciones internas que constituyen los principios de defensa del organismo. En efecto, en la reunión general de los médicos suizos, celebrada en mayo de 1895 en Lausanne, el profesor Revillod, de Ginebra, emitió la opinión que ciertas formas de reumatismo son debidas á las distrofias glandulares. En el año 1905, basándose en este mismo criterio, el Dr. Parhon, médico del hospital de Bukarest, publicó un artículo en la *Presse Médicale* relatando dos casos de reumatismo crónico deformante, tratados con éxito por el extracto tiroideo, de lo que resulta que la hipofunción tiroidea puede crear condiciones especiales, propicias al desarrollo del reumatismo articular crónico ó deformante.

No se puede negar la relación que existe entre esta enfermedad y la supresión de las funciones de las glándulas genitales, pues su aparición frecuente en la mujer en la época de la menopausia es un hecho indiscutible. Por otra parte, resulta de algunos hechos publicados por Hertoghe y Gautier, que existen relaciones antagonistas entre los ovarios y el cuerpo tiroideo. Cuando aquéllos dejan de funcionar ó sus secreciones disminuyen, éste les suple, funcionando en demasía, y viceversa, sólo ocurre que después que la glándula tiroidea ha funcionado durante algún tiempo con exceso, su facultad secretoria va disminuyendo gradualmente hasta llegar á la hipofunción. Los experimentos de hipertiroidización de animales, practicadas por los Dres. Ballet y Enriquez, han puesto este hecho en evidencia.

Mucho tiempo antes que los estudios experimentales de Brown-Sequard y las observaciones clínicas demostraran que las glándulas de secreción interna, tales como el cuerpo tiroideo, las glándulas suprarrenales constituyen un sistema de defensa del organismo, M. Bouchard (1), en sus lecciones clínicas sobre las auto-intoxicaciones en las enfermedades, estableció, por medio de numerosos experimentos, que una de las más importantes funciones del hígado consiste en destruir las numerosas toxinas formadas en el intestino.

Por consiguiente, cuando por una causa cualquiera ésta glándula de secreción interna llega á ser incapaz de cumplir debidamente sus funciones, las toxinas se acumulan en la sangre y ejercen una acción tóxica sobre el organismo. En este caso, son los riñones llamados á venir en auxilio del organismo, eliminando las toxinas por la orina, y en el caso de que los riñones se hallen igualmente insuficientes, las toxinas quedan retenidas en la sangre, dando lugar á trastornos de la nutrición. Por lo tanto, una insuficiencia de la célula hepática favorece la acumulación de toxinas en la sangre, que á su vez ejercen una acción nociva sobre los nervios tróficos de las articulaciones, dando lugar al desarrollo del reumatismo articular deformante en individuos con predisposición hereditaria, lo que ocurre muchas veces durante el período de la menopausia, sobre todo en las mujeres que se hallan agotadas por padecimientos físicos ó morales, habitando además pisos bajos, húmedos y mal ventilados.

En corroboración de esta tesis, basta fijarse en los hechos siguientes:

1.° Casi todos los enfermos que padecen de reumatismo articular deformante, presentan síntomas de *insuficiencia hepática:* atonía gastro-intestinal con tendencia al estreñimiento, insuficiencia renal con alteración de cantidad y de calidad de la orina y su saturación con sedimentos de uratos. Además, aquéllos arrojan frecuentemente en sus evacuaciones alvinas cantidades considerables de mucosidades, presentando algunas veces todos los síntomas de la colitis mucomembranácea con hiperestesia rectal.

2.° Estos enfermos, cuando se hallan sometidos durante algún tiempo á un régimen lactovegetal, siguiendo al mismo tiempo una medicación encaminada á restablecer las funciones gastrohepáticas, no tardan en experimentar una mejoría considerable, tanto

(1) Bouchard: Leçons sur les auto-intoxications, 1887.

respecto á los dolores como á la tumefacción de las articulaciones y á los movimientos de los miembros.

3.° La mejoría en el estado general y local de estos enfermos coincide siempre con un aumento de la secreción urinaria y eliminación de fosfato de cal.

Estos hechos indiscutibles autorizan á admitir que *el reumatismo articular crónico es una enfermedad de la nutrición que tiene su origen en una desviación del organismo de las condiciones biológicas de la hematosis, debido probablemente á una oxidación incompleta de las peptonas y á un metabolismo anómalo que engendra las toxinas, cuya propiedad nociva se manifiesta por su acción inhibitoria sobre los nervios tróficos del sistema articular.* Mirado bajo este punto de vista, el reumatismo articular crónico tiene más parentesco con la gota que con el reumatismo articular agudo, con la diferencia que en la gota la materia pecante que perturba la nutrición es conocida por la acumulación de ácido úrico en la sangre, mientras que en el reumatismo crónico el exceso de uratos y la falta de fosfatos que se observan muchas veces en la orina es más bien consecuencia que causa de la nutrición viciada.

Considerando las circunstancias que acompañan la génesis del reumatismo articular crónico, las analogías que presentan otras enfermedades de la nutrición, las diferencias que existen entre la manera de su evolución y la de las enfermedades infecciosas, además su tendencia á recidivas y su marcha progresiva, nos es forzoso de admitir la doctrina del *Hepatismo* de Glénard como la más lógica y la que se ajusta más á los hechos inherentes á la evolución de esta enfermedad, colocándola en el grupo de enfermedades de la nutrición, cuya patogenia es debida á un funcionamiento vicioso de la célula hepática.

En resumen, la patogenia del reumatismo articular crónico deformante está lejos de ser demostrada. Por consiguiente, tenemos que limitarnos á la enseñanza de los hechos clínicos, cuyo conjunto demuestra que existe un concurso de factores, de los cuales unos predisponen y otros determinan el desarrollo de esta enfermedad:

1.° La constitución individual y los antecedentes hereditarios reumáticos.

2.° Insuficiencia hepática y asimilación defectuosa de las materias azoadas.

3.° Los distintos períodos de evolución de la vida genital de la

mujer, tales como el embarazo, el puerperio, la lactancia y la menopausia.

4.° Sobrecansancio físico y moral.

5.° Malas condiciones higiénicas de la habitación, sobre todo el frío húmedo.

TRATAMIENTO

Dada le obscuridad que reina en el campo de la patología sobre la naturaleza y la patogenia del reumatismo articular crónico deformante, el tratamiento, no pudiendo ser uniforme ni ser dirigido contra una causa patógena determinada, tiene forzosamente que corresponder al criterio que el médico, llamado á tratar uno de estos casos, se haya formado de la naturaleza del padecimiento. Charcot (1), que había consagrado muchos años de estudio á esta cuestión en las salas clínicas de La Salpêtrière, considera que existe una relación entre esta forma de reumatismo y la diátesis reumática; y partiendo de este principio, preconizó los alcalinos á altas dosis, pero asociándolos á la quinina. «He prescrito muchas veces, dice, de 30 á 40 gramos de bicarbonato de sosa diarios durante muchas semanas con resultados favorables. Jamás he visto producirse los síntomas de una *disolución de la sangre*, según la opinión generalmente acreditada sobre este particular; al contrario, los enfermos me han parecido muchas veces tener una tendencia á engordar. Con este tratamiento se logra, lo menos, procurar gran alivio al enfermo durante las exacerbaciones del mal».

Lasègue y Trousseau, que consideran igualmente el reumatismo articular nodoso como una enfermedad diatésica, preconizan el empleo de la tintura de yodo frescamente preparada. Dicen haber obtenido efectos muy ventajosos con este medicamento contra la tumefacción dolorosa de las articulaciones. Han empezado con 10 gotas de la tintura en una copita de agua azucarada, dos veces al día, acabado de comer, y han aumentado progresivamente la dosis hasta llegar á 5 y 6 gramos por día, sin que los enfermos hayan sentido ninguna molestia en el estómago. Pretenden aún haber observado que la digestión estomacal ha sido más activa. No obstante, admiten que no todos los enfermos pueden soportar una dosis tan grande. En efecto, si juzgamos por nuestra propia experiencia, ningún enfermo ha podido llegar á 60 gotas sin quejarse del estómago.

(1) Charcot: Leçons cliniques sur les maladies des vieillards. París, 1874, 2ª édition, p. 246.

Trousseau recomienda igualmente, como medida eficaz y calmante, baños de arena calientes, cuya temperatura debe alcanzar hasta 60°. Añade que, para estar seguro del éxito, hay que prolongar estos baños, durante una á dos horas, dos veces al día. Además es necesario mantener la temperatura todo el tiempo al mismo grado.

Autores más modernos recomiendan el yoduro potásico en dosis progresivas de 1 á 3 gramos diarios. Charcot, entre las numerosas medicaciones ensayadas contra esta enfermedad tan tenaz, habla de la *tintura amoniacal de guayaco*, que le ha dado en muchos casos buen resultado. Aunque al principio parecía que los accidentes locales se habían exasperado, poco tiempo después los enfermos notaban un alivio muy grande, y tanto la hinchazón como la movilidad de las coyunturas experimentaron un cambio favorable. Los médicos ingleses, tales como Bradsley, Fuller y Garrod, lo mismo que algunos médicos franceses, tales como Beau y Guéneau de Mussy, pretenden haber empleado con éxito el arsénico contra el reumatismo articular deformante. Charcot, que ha recurrido igualmente á esta medicación en numerosos enfermos de La Salpêtrière, dice que en cierto número de casos obtuvo resultados muy satisfactorios, mientras que en otros los resultados fueron nulos, y en algunos casos inveterados el efecto fué contraproducente, pues los dolores, que habían quedado dormidos, desde algún tiempo, se han despertado de nuevo, y en algunos otros ha visto, bajo su influencia, presentarse brotes nuevos.

Aquellos patólogos que consideraban el reumatismo articular crónico como una enfermedad infecciosa, preconizan con mucho calor los medicamentos antisépticos, tales como la creosota, el carbonato de guayacol, el benzol y sobre todo el salol. Según ellos, estos medicamentos contribuyen á favorecer al mismo tiempo el estado general que local.

En cuanto al tratamiento del estado local, se han empleado toda clase de revulsivos, las cantáridas, la tintura de yodo, los botones de fuego, etc., todos con resultado poco satisfactorio, más bien negativo.

Es muy natural que los médicos, después de haber agotado todos los recursos del arte de curar, hayan pensado en las aguas termales. En efecto, no hay agua termal desde las llamadas indiferentes hasta las más hipertermalizadas, tanto salinas como sulfurosas, que no haya sido ensayada contra el reumatismo articular crónico, pero generalmente con poco éxito. Fueron, sobre todo, las aguas sulfu-

rosas que se han señalado como inútiles y muchas veces nocivas. Las únicas que se distinguen particularmente por su eficacia son las de La Bourboule y Bourbon Lancy, en Francia; las primeras son, además de clorurosódicas, arsenicales. ¿A qué será debida la acción terapéutica favorable de estas aguas? ¿Es á su mineralización especial, á su alta termalidad, ó á su radio-actividad? El estado actual de la ciencia no permite todavía dar una contestación categórica y satisfactoria sobre la razón de la acción curativa de las aguas minerales. Lo único que parece racional admitir es que la acción salutífera de estas aguas en baños se ejerce sobre los puntos terminales del sistema nervioso cutáneo, despertando las fuerzas latentes del organismo, y mejorando las condiciones generales de la nutrición, y las del sistema nervioso en particular. Ciertamente esta virtud la posee sólo cierta clase de aguas termales que la experiencia ha puesto en evidencia. Hay que esperar que el progreso de las ciencias fisicoquímicas dará en un tiempo no muy lejano la razón científica de este hecho.

***

De lo que precede, resulta que no existe un medicamento de acción específica contra el reumatismo articular crónico progresivo, y sólo el conjunto de medidas higiénicas y dietéticas y una medicación apropiada, teniendo por objeto de mejorar la circulación y las condiciones generales de la nutrición, son capaces de atenuar ó de impedir la marcha progresiva de la enfermedad. Garrod preconiza mucho las preparaciones ferruginosas y el aceite de hígado de bacalao. Desgraciadamente, la experiencia ha demostrado que estos enfermos, condenados á la inmovilidad, no pudiendo disfrutar del aire libre, sobre todo en el invierno, padecen muchas veces de inapetencia y sus órganos digestivos no tienen aptitud para digerir y asimilar una gran cantidad de alimentos y mucho menos aceite de hígado de bacalao y los preparados ferruginosos.

Hay una medicación externa, la cual bien aplicada, ha dado resultados muy satisfactorios, tanto respecto á las condiciones generales de la nutrición como al estado local de las articulaciones: es la electroterapia. El primero que llamó la atención sobre el empleo de las corrientes contínuas contra las artropatías, fué Remak en 1860, en su notable obra sobre la Galvanoterapia. Después fué el Dr. Chéron, quien publicó en la *Gazzete des Hôpitaux*, en 1869, una serie de observaciones de casos de reumatismo crónico tratados por

corrientes contínuas con un éxito sorprendente. Posteriormente á esta fecha, la electroterapia fué ensayada con buenos resultados en un gran número de casos por los médicos de los distintos países, aunque no se puede negar que hay casos que son rebeldes á todo tratamiento, y también á la electricidad, sobre todo cuando las lesiones son muy antiguas y profundas.

Hemos tenido ocasión de emplear en unos diez casos la galvanoterapia y siempre con buen éxito durante los primeros dos años, pero á medida que la enfermedad iba progresando desde los tejidos externos hacia los internos, es decir, extendiéndose desde el periostio, los ligamentos y los cartílagos hasta la sinovia, la electroterapia ejercía un efecto más favorable sobre el estado general que sobre el estado local, y eso se explica fácilmente; pues en caso de sinovitis crónica, con ulceración de los cartílagos, es necesario aplicar corrientes fuertes de 20 hasta 30 milliamperes para que modifiquen la nutrición de los tejidos profundos, y generalmente estos enfermos presentan una sensibilidad cutánea muy grande que impide la aplicación de corrientes tan fuertes, aunque interponiendo capas muy gruesas de algodón en rama. De todos modos, hay que reconocer que si bien es unánime la opinión en favor de las corrientes galvánicas en el reumatismo articular crónico, para que el resultado obtenido con ellas sea duradero, es necesario que su aplicación se prolongue durante muchos meses, hasta un año, tres veces por semana, con intervalo de quince días cada dos meses, y hay pocos enfermos que se someten á un tratamiento tan largo.

En estos últimos tiempos, se ha puesto en boga otro procedimiento terapéutico externo, el cual, habiendo sido empleado por médicos de gran autoridad en Alemania y en Inglaterra, ha dado resultados muy satisfactorios: es el tratamiento local por el aire caliente, es decir, calentado á 110 grados y aplicado exclusivamente á la parte enferma por medio de un aparato *ad hoc*. Este tratamiento fué puesto en práctica por primera vez por el profesor Bier, de Bonn, quien se ha hecho tan célebre por sus curaciones rápidas de artritis tuberculosa por medio de la hiperemia venosa artificial.

De tiempo inmemorial se conoció la aplicación del calor como medio curativo de tejidos y órganos enfermos y dolorosos, y algunos balnearios alemanes, tales como Carlsbad, Marienbad y Franzensbad, se distinguen por la aplicación de un fango especial calentado á alta temperatura. Se ha atribuído generalmente su acción terapéutica á la dilatación de los capilares de los tegumentos externos,

que se manifiesta por la rubicundez de la piel, facilitando así la circulación en la superficie y descongestionando de este modo los tejidos profundos enfermos. En una palabra, se ha considerado la acción del calor como un medio revulsivo, obrando como estimulante de los nervios cutáneos vasomotores; pero los numerosos experimentos hechos por Bier, tanto en animales como en hombres, han puesto en evidencia que lejos de descongestionar los tejidos internos, el aire caliente los pone en estado de hiperemia, pero no una hiperemia pasiva, sino arterial, con aceleración de la circulación. Donde este fenómeno salta más á la vista, es con el aire calentado de 100 á 114°. A primera vista parece increíble que una parte del cuerpo humano pueda ser sometido á tan alta temperatura sin sufrir una alteración nutritiva; sin embargo, no deja de ser un hecho puesto en evidencia en innumerables casos. Esto tiene su explicación en que la circulación rápida de la sangre, á través de los capilares, sirve de medio refrigerante y protectivo contra la quemazón. Además, los capilares dilatados por el calor, al mismo tiempo que facilitan el paso de una cantidad mayor de sangre arterial en un tiempo dado, favorecen la traspiración, así como la evaporación por la piel. Así se explica que la piel tolere un aire seco calentado á 114° sin perjuicio y sin sensación desagradable durante una hora y más, mientras que no puede sufrir una temperatura de 50° de calor húmedo sin sentir la impresión de la quemazón y los efectos de una verdadera inflamación. Basados en este principio, los Dres. Bier (1), Mendelsohn (2), Krause (3) y Schreiber (4), en Alemania, Walsh (5) y Tallerman, en Inglaterra, han empleado con éxito en numerosos casos de reumatismo articular crónico el aire sobrecalentado por medio de aparatos construídos *ad hoc*. Entre éstos hay algunos muy ingeniosos, más ó menos complicados, sirviéndose como fuente de calor, unos del gas, otros del alcohol y otros de la electricidad; el aparato más sencillo es el del Dr. Bier, pero todos están provistos de termómetro y

(1) Bier: Die Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus durch Heissluftapparate. Münch med. W. 1898.

(2) Mendelsohn: Ueber die therapeutische Verwendung sehr hober Temperaturen Verh. d. 16. Kongresses für innere Med., 1898.

(3) Krause: Erfahrungen über therapeutische Verwendug überhitzter Luft. Verh. d. deutschen Gessellschaft für Chirurgie, 1899, 18 Kongres II. S. 230.

(4) Schreiber: Uber Heissluftapparate und Heissluftbehandlung, Zeitschrift für diätetische. u. physikalische Therapie V Band, 2 Heft.

(5) Walsh: Hot air treatment of eczematous gouty, rheumatic and other affections. *The Lancet*, 1900. S. 481.

de un mecanismo que facilita la circulación igual del aire dentro del espacio del cajón, que previene el peligro de quemar la piel y que absorbe el sudor del miembro encerrado en el cajón.

Todos los que han utilizado los aparatos de aire caliente son unánimes en que éste ejerce una acción muy favorable en numerosas formas de artritis crónica, tanto contra la hidrartrosis, como contra la rigidez de los miembros y de las articulaciones, particularmente en los casos que son de origen traumático. El Dr. Bier pretende que ha conseguido iguales resultados favorables contra el reumatismo crónico poliarticular deformante. Añade que le bastaba muchas veces someter una articulación sola al procedimiento del aire caliente para obtener simultáneamente una mejoría en las otras. Además, reconoce que no es conveniente para ciertos enfermos someter varias articulaciones en el mismo día á este tratamiento, por ser debilitante para aquellos que han perdido mucha fuerza á causa de la duración larga de la enfermedad y de la inmovilidad forzosa que les impide respirar al aire libre. Por el mismo motivo recomienda para los enfermos debilitados con preferencia la aplicación de la hiperemia venosa por medio de compresión con una venda de goma ó aparato de aspiración, la cual, aunque sus efectos curativos tarden mucho más en manifestarse que por el procedimiento del aire caliente, no ejerce ninguna acción debilitante sobre el enfermo, siendo su acción más local que general.

***

En resumen, de lo que precede resulta que la naturaleza y la patogenia del reumatismo crónico descrito por los autores del siglo XVIII, bajo el nombre de reumatismo gotoso, y por los del siglo XIX, bajo el nombre de reumatismo nodoso ó deformante, constituyen un problema muy complejo cuya solución definitiva está reservada á los médicos del siglo XX. La única cosa en que todos están de acuerdo es que es una enfermedad distrófica que afecta sobre todo los sujetos debilitados y con predisposición hereditaria á la diátesis úrica ó reumática, bien que presente desemejanzas muy pronunciadas con la gota y el reumatismo. Guéneau de Mussy la ha calificado, con mucha razón, de metis patológica, á cuya producción concurren varios factores que son elementos morbosos constitucionales. Según él, son las constituciones mórbidas individuales que hacen variar sus formas, presentando una modalidad constitucional distinta, según los antecedentes de los individuos. Así se ven

jóvenes de padres linfáticos debilitados, ya por enfermedades anteriores, ya por excesos, ya por privaciones, emociones, contraer el reumatismo crónico deformante bajo una forma completamente distinta de aquella que se encuentra en los sujetos descendientes de familias gotosas, agotados igualmente por causas patógenas diversas. Mientras que en aquéllos la artritis se localiza más en los tejidos óseos y en la sinovia, tomando muchas veces un carácter fungoso, en éstos se limita más á las partes externas y blandas de la articulación. Reviste igualmente una forma distinta en el enfermo que desciende de padres de los cuales uno padece de la diátesis gotosa y el otro está tachado de linfantismo; en este caso se ve con frecuencia que el reumatismo articular está acompañado, en unos, de bronquitis y de una alteración profunda de la nutrición general del individuo y que suele terminar por la tuberculosis pulmonar, y en otros, las articulaciones sufren un proceso hiperplásico lento y progresivo, dando lugar á dolores muy intensos, terminando por una deformación completa, muchas veces irreparable. En cambio, el reumatismo articular crónico en las personas avanzadas de edad se distingue por su localización mono-articular y por ausencia de derrame sinovial, y de ahí su nombre de artritis seca senil, que se caracteriza por crujidos muy dolorosos en los movimientos articulares. Esta forma de artritis conduce algunas veces á la destrucción completa de los cartílagos con eburnificación de las superficies óseas y á la formación de estalactitas óseas y de osteides alrededor ó en el interior de la cavidad articular.

En cuanto á la marcha de esta enfermedad, aunque alguna vez se presente después de un largo intervalo en un individuo que ha sufrido un ataque de reumatismo articular agudo, generalmente reviste la forma crónica desde la primera vez de su aparición, pues se halla constituído por una cadena larga de accesos que se presentan en intervalos más ó menos largos, acompañados de reacciones febriles ligeras, localizándose al principio en articulaciones pequeñas y extendiéndose, á medida que progresa, á las articulaciones mayores, sobre todo á los codos y á las rodillas.

Aunque el acuerdo no existe aún entre los patólogos respecto al parentesco entre esta enfermedad y el reumatismo articular agudo, todos están conformes en que se halla constituído por un proceso inflamatorio lento y progresivo, subordinado á una predisposición constitucional propicia al agotamiento de la inervación del sistema articular, y conduciendo progresivamente á una alteración de los

nervios tróficos que animan los tejidos fibrosos y serosos de todo el aparato articular.

Tocante al tratamiento de esta enfermedad que se caracteriza por su marcha lenta y progresiva, según el estado actual de la ciencia y los conocimientos adquiridos por las observaciones clínicas, no es posible establecer una medicación uniforme para todos los casos; pues el carácter de esta enfermedad varía según la constitución individual y los antecedentes de los enfermos. No obstante, aunque no exista un remedio ó una medicación específica contra la enfermedad misma, la experiencia que hemos adquirido sobre esta enfermedad en el transcurso de los últimos treinta años, nos permite de fijar algunas indicaciones precisas que hay que llenar para modificar el terreno en que ha nacido. Estas indicaciones responden á dos estados patológicos precisos siempre presentes en el reumatismo articular crónico progresivo, que son: 1.°, la insuficiencia hepática asociada á un aflojamiento de la circulación en la red de la vena porta, dando lugar á una alteración del metabolismo celular; 2.°, la debilidad del sistema nervioso en general y especialmente la de la inervación del aparato articular. Partiendo de esta base, sometemos el enfermo á un régimen alimenticio lactovegetal y á la acción alterante de las sales neutras ó mejor de las sales de Carlsbadt, durante quince á veinte días, hasta haber conseguido de mejorar las funciones digestivas al mismo tiempo que una diuresis abundante. Una vez logrado este objeto, procuramos tonificar el sistema nervioso por medio de preparaciones fosfatadas y de arseniatos, alternando alguna vez con preparaciones de yodo ó de yoduros en el caso de que el estómago los tolere.

Al mismo tiempo, recurrimos á la aplicación de las corrientes galvánicas, tanto de la columna vertebral como de las articulaciones mismas, y cuando llega la estación del verano, la aprovechamos para enviar los enfermos á las aguas termales de La Bourboule.

Entre los ocho enfermos que hemos tenido la ocasión de tratar durante los últimos años, hay dos que merecen fijar la atención.

Primer caso.—Sra. D.ª P..., veinticinco años de edad, temperamento linfático, ha disfrutado siempre de buena salud, no ha sufrido jamás de enfermedad grave, excepto una fiebre tifoidea á los ocho años de edad y algunas fiebres eruptivas propias de la infancia. Se casó á la edad de veintitrés años, quedó en cinta seis meses después; vomitó con frecuencia durante los primeros tres meses del embarazo, después mejoró gradualmente recobrando el ape-

tito. No obstante, á causa de los grandes calores propios al Mediodía de España, donde habitaba, prefería ocupar el piso bajo por ser más fresco, pero también era más húmedo. Al llegar al mes de septiembre, contrajo un reumatismo articular acompañado de accesos febriles ligeros que no tardaron en desaparecer; su apetito mejoró también. Su embarazo llegó á término en condiciones completamente normales. Pero, poco tiempo después del parto, se encontró bastante endeble á consecuencia de pérdidas sanguíneas prolongadas durante el puerperio, y volvió á quejarse de dolores agudos en las articulaciones de los codos y de las muñecas, que fueron seguidas de hinchazón articular y de rigidez muscular. Este estado se prolongó algunos meses, cuando la enferma fué enviada á las aguas sulfurosas de Archena, pero volvió á su casa en el mismo estado de sufrimiento y tan endeble como antes. Fué el mes de marzo del año siguiente cuando vimos por la primera vez la enferma. El estado en que la encontramos era el siguiente: sujeto linfático, temperamento bilioso, de aspecto cloro-anémico, hígado congestionado, orinas escasas, saturadas de uratos, corazón normal, atonía gastro-intestinal con tendencia al estreñimiento, menstruación irregular. Además, las articulaciones de los codos y de las muñecas tumefactas y muy dolorosas y las articulaciones tibiofemorales igualmente hinchadas y muy sensibles al tacto. Dos personas eran necesarias para hacer cambiar de posición á la enferma en su cama.

El tratamiento que hemos adoptado consistió, primero, en mejorar las funciones digestivas y en levantar las fuerzas orgánicas. Después de haber conseguido este fin, aplicamos corrientes galvánicas en la columna vertebral y en las articulaciones enfermas. Después de tres meses de tratamiento, las hinchazones de las articulaciones, así como los dolores, habían desaparecido; sólo los ligamentos han quedado en estado de relajamiento, de modo que la enferma se encontró con aptitud de andar, pero sus movimientos no eran completamente libres, andaba como los patos. Al llegar el verano, fué á un puerto de mar, donde tomó baños de mar calientes, que contribuyeron mucho á mejorar su estado general y local, al punto que se halló dispuesta de ocuparse de los asuntos de su casa sin resentirse en nada de su padecimiento anterior. No obstante, al invierno siguiente, habiendo sido muy lluvioso, la enferma no pudo disfrutar de aire libre, y en consecuencia empezó á resentirse de dolores articulares que fueron seguidos de nuevos brotes inflamatorios que la obligaron

á guardar cama algún tiempo y quedar clavada en un sillón durante el resto del invierno. Afortunadamente, gracias á un tratamiento enérgico, la enferma volvió á restablecerse y encontrarse con aptitud de salir á la calle; pero el resultado no fué tan brillante como el año anterior, pues los movimientos no eran completamente libres para poder quedarse largo tiempo de pié ó hacer paseos largos. Al llegar el verano, por temor que el invierno empeore su situación, la aconsejamos una cura termal en La Bourboule. A causa de circunstancias particulares, la enferma no pudo ponerse en camino antes de fines de agosto, y llegó á La Bourboule los primeros días de septiembre, encontrando un tiempo muy lluvioso y frío. No obstante, pudo seguir la cura completa todo el mes. Regresó á su casa en octubre. Cuando hemos vuelto á verla, la enferma pretendía no haber conseguido grandes ventajas. Fué sólo á fin de octubre cuando se empezó á acentuar una mejoría muy sensible, que siguió progresando, al punto que á mitad de noviembre la enferma sintió un bienestar tan grande que se creyó completamente curada. En efecto, al reconocerla hemos podido confirmar que las hinchazones articulares habían completamente desaparecido, y que los movimientos de sus miembros habían recobrado casi toda su integridad funcional.

La historia clínica de esta enferma es muy interesante, tanto bajo el punto de vista de la evolución del reumatismo articular crónico como bajo el de su tratamiento.

En primer lugar, se trata de una mujer todavía joven que había gozado antes de buena salud. El único antecedente en su familia es que un hermano suyo murió de una enfermedad del hígado, y otra hermana de la enfermedad de Bright. La causa predisponente en ella era únicamente un embarazo acompañado de tres meses de vómitos y la causa determinante de haber dormido en un cuarto húmedo en el piso bajo. No obstante, á medida que se mejoraron sus funciones digestivas, durante los meses del embarazo, mejoró también de su reumatismo. Este ha vuelto á aparecer algunas semanas después del parto, á consecuencia de las pérdidas sanguíneas y loquiales abundantes que debilitaron la resistencia vital de la enferma.

En segundo lugar, la falta de acción terapéutica de las aguas termales sulfurosas contra el reumatismo articular crónico es demostrado por la ineficacia de las aguas de Archena en este caso, puesto que su eficacia está demostrada en las formas crónicas del reumatismo articular agudo.

En tercer lugar, el éxito del tratamiento, encaminado á mejorar

las condiciones generales de la nutrición y de estimular los nervios tróficos de las articulaciones por medio de la electricidad, demuestra que la debilitación del organismo y la disminución de la resistencia vital del individuo constituyen la verdadera causa predisponente del reumatismo articular crónico, y que la humedad de la habitación obra sólo como agente provocador.

En cuarto lugar, el hecho de la curación completa de todas las manifestaciones articulares, que se manifestó un mes después de la cura termal en las aguas de La Bourboule, es una demostración elocuente en favor de la eficacia de estas aguas termales contra el reumatismo articular crónico, en el sentido que modifican las condiciones generales de la nutrición, al mismo tiempo que neutralizan la causa patógena de esta enfermedad.

Segundo caso. — Señora R....., de cincuenta y seis años de edad, ha disfrutado siempre de buena salud y ha llevado una vida muy activa hasta la edad de cincuenta años, época de la menopausia, cuando empezó á sufrir de las primeras manifestaciones de reumatismo articular en los hombros, codos y muñecas, que fueron invadidos sucesivamente, sin haber sido jamás acompañadas de accesos febriles fuertes. No obstante, cada ataque, aunque haya sido de corta duración, dejaba á la enferma siempre con una torpeza mayor de los miembros. El tratamiento que había seguido, lo mismo que las aguas termales distintas á que había recurrido durante el verano, no hicieron más que mitigar sus dolencias, sin haber impedido nuevos brotes durante el otoño, lo que la ha decidido á ensayar los baños de fango de Dax; pero, desgraciadamente, éstos, lejos de procurar algún beneficio á la enferma, han provocado nuevos brotes en las extremidades inferiores. Se le hincharon las rodillas, y las vértebras cervicales han quedado muy doloridas á cada movimiento, al punto que la enferma perdió no sólo el apetito, pero también el sueño se interrumpió con mucha frecuencia á causa de los dolores que sentía á cada cambio de posición, lo que dió por resultado un sacudimiento muy grande de todo el sistema nervioso, dando lugar á accesos neurálgicos faciales y occipitales, que fueron acompañados de movimientos febriles vespertinos. Tal era la situación de la enferma cuando la visitamos por primera vez, en enero de 1904. En el reconocimiento que hicimos encontramos el hígado muy congestionado y muy sensible al tacto; además, la función renal era insuficiente, la cantidad de orina secretada en veinticuatro horas alcanzaba apenas 700 gramos, contenía además copiosos precipita-

dos de uratos al enfriarse. La enferma presentaba también tendencia á un estreñimiento tenaz, y en cada defecación arrojaba cantidades considerables de mucosidades, cuya expulsión producía un espasmo muy doloroso en el recto.

El tratamiento que hemos adoptado en este caso consistía en someter la paciente á un régimen lácteo durante diez días, haciéndole tomar al mismo tiempo todas las mañanas dos cucharaditas de sales de Carlsbad. Después de haberse normalizado las funciones intestinales y renales, la hemos sometido á un régimen alimenticio tonificante y á una medicación de fosfatos asociados al arseniato de sosa. Al mismo tiempo le hemos aplicado corrientes eléctricas.

Este tratamiento dió por resultado que la enferma ha adquirido mayor libertad en sus movimientos, al punto de poder hacer paseos cortos al aire libre. El verano siguiente fué á las termas de La Bourboule, donde siguió un tratamiento termal durante tres semanas. A su regreso á Madrid se encontraba tan aliviada, que el mes de noviembre pudo hacer un viaje á París por asuntos que exigieron un gasto considerable de fuerzas físicas. No obstante, no se resintió de sus dolencias antiguas, y pasó el invierno bastante bien, á pesar de los cambios de temperatura y de lluvias copiosas de la primavera, y durante el verano ha vuelto á las termas de La Bourboule, que produjeron igualmente un resultado muy satisfactorio. Desgraciadamente, la enferma, á su regreso á su casa, fué acometida de un acceso gripal muy fuerte, cuya prolongación la debilitó bastante, y en su consecuencia se recrudeció el antiguo padecimiento, produciéndose nuevos brotes en las articulaciones tibiofemorales, dando lugar á exudaciones sinoviales de consideración.

Al mismo tiempo fué invadida por distintas neuralgias; primero una ciática doble en ambas piernas, y al mitigarse ésta, por una neuralgia intercostal derecha acompañada de una zona, que le produjeron molestias grandes durante tres meses de invierno. Al llegar la primavera, su estado había mejorado suficientemente para poder trasladarse en julio á las aguas de La Bourboule; pero esta vez, sea por el cansancio del viaje, ó sea por otro motivo, al llegar á la estación balnearia sufrió un gran recrudecimiento en las articulaciones tibiofemorales, que había empeorado todavía con los primeros baños.

La enferma, aterrorizada de hallarse en tal estado fuera de su casa, se decidió de suspender el tratamiento y volver á España para reu-

unirse con su familia. Pasó primeramente una temporada á las orillas del mar, y regresó á primeros de septiembre á su casa, en un estado peor del que se fué, pues no sólo las articulaciones tibiofemorales, sino también las coxofemorales fueron igualmente afectadas. Además, poco tiempo después sufrió un cólico hepático muy intenso, debido á una congestión del hígado con obstrucción de las vías biliares.

La medicación empleada con objeto de combatir la afección hepática ejerció una acción muy favorable sobre las artropatías, habiendo desaparecido por completo los síntomas inflamatorios de las articulaciones coxofemorales, y disminuído considerablemente la exudación sinovial en las tibiofemorales, al punto de que cualquier movimiento de los miembros producía crujidos bastante dolorosos cuando la enferma se ponía de pié, es decir, revistió el carácter de la artritis seca. En cuanto al estado general, ha mejorado considerablemente, pues duerme bastante bien, sin molestias, come con más apetito y digiere bastante bien lo que come, y hay que esperar que cuando sus fuerzas digestivas permitan someterla á un tratamiento tonificante, mejorará también el estado local, para lo cual nos proponemos recurrir á la cura del aire calentado á 114°.

Este caso difiere completamente del primero, pues se trata de una señora que ha llegado á la edad de la menopausia, sin que hubiera sufrido antes ninguna manifestación reumática. Aunque había vivido en condiciones muy favorables de bienestar, por causa de exigencias profesionales se ha visto obligada de habitar un piso bajo, el cual, sin estar húmedo, era mal ventilado. Bastaba el sobrecansancio del oficio para que la supresión de la función menstrual haya provocado los primeros accesos de reumatismo crónico deformante.

Se distingue además en que la exacerbación del estado local ha sido acompañado, en las distintas etapas de su evolución, de congestiones hepáticas muy pronunciadas, manifestándose por cólicos intensos seguidos de orinas escasas, concentradas y de color azafranado, y que la mejoría de las artropatías ha coincidido igualmente con la desaparición de la insuficiencia hepática y renal.

Encierra también otra enseñanza, y es que, mientras los brotes de los primeros años eran debidos á un origen endógeno, ó sea diatésico, obedecieron al tratamiento termal y electrogalvánico, pero cuando se asoció á la causa patógena primitiva otra secundaria exógena, es decir, un agente infeccioso de fuera, tal como la gripe,

la acción terapéutica de la electricidad y de las aguas termales quedaron sin efecto, lo que llegaría á confirmar el criterio del doctor Pierre Marie, que distingue dos causas patógenas en el reumatismo crónico, la una diatésica y la otra infecciosa.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JERÓNIMO PÉREZ ORTIZ

Médico del Cuerpo de Sanidad militar. Madrid.

Enesol. Tesis presentada á la Facultad de Medicina y Farmacia de Lyon, por el Dr. Louis Loquín. Lyon, 1905.

La aplicación subcutánea del mercurio fué ensayada por primera vez por Hebra, pero en realidad no se introdujo en la práctica corriente hasta después de las publicaciones de Scarenzio, de Pavía (1864) y Lewin, de Berlín (1867). El número de combinaciones mercuriales que se han recomendado para las inyecciones hipodérmicas es muy considerable, tanto de los preparados de sales solubles, como las insolubles, y desde la antigua fórmula de Lang (aceite gris, 1886) y la de Lewin (bicloruro), la química moderna está realizando cada vez más progresos en el estudio y experimentación de nuevos preparados farmacéuticos, entre ellos el que ha sido últimamente estudiado y objeto de una tesis del Dr. Loquín, antiguo interno del Hospital General de Dijon, que le bautiza con el nombre de *enesol* (de ενεσις, inyección). El enesol es un compuesto mercurial inyectable, obtenido tratando el salicilato básico de mercurio en suspensión en el alcohol por el ácido methylarsínico y que resulta un salicylarsinato de mercurio. La eliminación de esta sal se efectúa por la orina, empezando su eliminación dos horas después de la inyección y continuando durante las treinta y seis á sesenta y cuatro horas siguientes. Aun administrado á dosis algo elevadas, no produce ninguna alteración renal. Las inyecciones son intramusculares, bien en el punto indicado por Smirnoff (foseta retrotocanteriana), ó en las masas musculares de la región lumbar. De una manera general, dice el autor de la tesis, estas inyecciones (después de haberlas practicado) no hemos observado que sean dolorosas, y hechas en condiciones de asepsia, no hay inflamación cutánea ni formación de abs-

cesos, el enfermo siente algunas veces un ligero nódulo debajo de la piel que desaparece durante tres días, bien espontáneamente, bien haciendo uso de compresas calientes. Desde el punto de vista de tolerancia del organismo, no sólo el Dr. Loquín, sino Breton, Goldstein y Coignet, han observado rara vez la gingivitis y nunca los trastornos gastro intestinales.

La dosis por inyección puede variar de 0gr,03 á 0gr,06. La dosis corriente es de 0gr,03 por cent. cúb. Del estudio clínico y terapéutico del enesol, basándose el autor en 40 observaciones clínicas, personales unas, y otras recogidas, la mayor parte en el servicio del doctor Breton, y el resto por comunicaciones directas hechas por Prunae (Montpellier), Gailleton, Habrieh, Tremontani (Milán), Lannois (Lyon), Bloch (Berlín) y Goldstein, puede decirse que la acción del *enesol* es constante en los efectos curativos de la sífilis, inyectando cada cinco días 0gr,06 de la expresada sal mercurial, tanto en los accidentes primarios como en los terciarios. El enesol, sin embargo, parece que tiene una acción electiva sobre los elementos nerviosos, modificando los accidentes cerebrales de origen sifilítico, la tabes, la parálisis general, tanto por su acción específica como tónica, por la asociación del arsénico con el mercurio; por otro lado, el no producir dolor las inyecciones, es un buen preparado, según Tremontani, en la clínica infantil y constituye un medicamento de primer orden en pediatría.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 23 de Mayo de 1906 (1).

Un caso de fístula vesicovaginal. — El Dr. Castillo: Se trata de una enferma que hace catorce años fué operada por el Dr. Latorre, y con éxito, de una fístula vesicovaginal, y hace unos cuantos meses ha dado á luz nuevamente y ha sufrido otra fístula. La vagina es infundibuliforme, no

(1) El acta de esta sesión se publica con retraso por ser la última celebrada por la Sociedad antes de las vacaciones de verano y ser precisa su aprobación en la primera celebrada en el mes de noviembre del año corriente.

se encontraba el útero ni se veía la fístula. Ante estos inconvenientes tan grandes para la sutura, practicó la colpocleisis.

A las cuarenta y ocho horas de operada, la vejiga sufrió una irritación tan grande, á pesar de cuidadosos lavados y de haber dejado una sonda de Petser, que la enferma volvió á orinar por la vagina; ante esta situación, opina el disertante que debe practicársele un meato hipogástrico.

El Dr. *García Arias* pide detalles que se refieran á la situación y relaciones con el útero.

El Dr. *Castillo* dice que la vagina era un cono, cuyo vértice corresponde atrás, sus dimensiones eran de 2 á 8 centímetros, que detrás del cono se encontraba la matriz pequeña, y supone que aun detrás del vértice había algo de vagina. Se trata, pues, de un caso de vagina cónica, y no le cree muy á propósito para hacer incisiones.

El Dr. *García Arias* critica la operación y sostiene que con una vagina de esas dimensiones, debió desbridarse y procurar poner al descubierto el útero y aun separar la vejiga sin tener miedo al tejido retráctil, pues él ha operado en pleno tejido retráctil y ha practicado suturas con buen éxito.

El Dr. *Castillo* dice que las ideas expuestas demuestran su opinión de hace algún tiempo. Dice que ha practicado la colpocleisis, aunque no es muy partidario de ella, por creer que no se pudiera hacer otra cosa mejor.

El Dr. *Sánchez* dice que el caso de colpocleisis presentado por el Dr. Castillo, demuestra lo que hace tiempo dijo el Dr. Abascal, y es que esta operación debe reservarse para aquellos casos en que por falta de pared vaginal anterior y hasta de uretra no son susceptibles de otras operaciones de más éxito, pues la colpocleisis, aun saliendo bien, es un desdoro para la ginecología, porque coloca á la mujer en condiciones sociales detestables, y además no debe hacerse sin el permiso del esposo y de la enferma, y exponerles claramente que su vida genésica queda anulada. El Dr. Abascal tuvo una enferma que á los cuatro años de hecha con éxito la colpocleisis, volvió con su marido á que la reabrieran el conducto vaginal.

El caso del Dr. Castillo tenía vagina, y él mismo ha podido hacer otra cosa mejor en beneficio de la enferma, antes que la colpocleisis, que naturalmente no ha unido, porque detrás de la uretra quedaba un gran remanso de orina que se ha abierto paso.

Nuevo método de sutura en las fístulas vesicovaginales. — El Dr. *García Arias* dice que aprovecha el momento de que se habla de físculas vesicovaginales para exponer un método de sutura que emplea desde hace algún tiempo, y hasta la fecha, con resultados tan satisfactorios, que aconseja su empleo.

Consiste el primer tiempo en hacer el desdoblamiento por el método de Ricard y Quenu; en el segundo hace una sutura entrecortada, con hilo de plata, de la mucosa vesical de idéntica manera que la practica Jonnesco en el vientre, retorciendo los hilos á cinco ó seis centímetros por encima del corte dado para verificar el desdoblamiento de ambas mucosas, y en el tercer tiempo hace sutura continua con seda de la herida correspondiente de la vagina.

PERIÓDICOS

Moneda detenida en el esófago. — El Dr. A. G. Tapia publica en *El Siglo Médico* el caso presente, que hace el número 5 de sus observaciones de cuerpos extraños del esófago en las cuales ha tenido ocasión de emplear la esofagoscopia directa, y le da ocasión para hacer algunas consideraciones á propósito de la técnica especial y de la conducta más adecuada que se debe seguir en la extracción de los cuerpos extraños por medio del esofagoscopio.

N. N., de dos años y medio. El día 14 de junio tragó una moneda de cinco céntimos que tenía jugando en la boca; en los primeros momentos le produjo dificultad respiratoria, que pasó rápidamente; pero desde entonces no pudo ingerir otra cosa que líquidos, y aun así la deglución era dolorosa.

Una radiografía demostró la existencia del cuerpo extraño en el esófago, á la entrada de la abertura torácica, y por el radiograma se veía claramente la situación de la moneda.

Hallábase ésta detenida, como ocurre generalmente, en el origen del segmento torácico del esófago. En este caso ocultaba la última vértebra cervical, la primera dorsal y el principio de la segunda.

Al día siguiente se llevó á cabo la extracción. Se cloroformizó el enfermo y se colocó en decúbito supino y la cabeza colgando fuera de la mesa.

Introducción de un tubo de 20 centímetros de largo por 9 milímetros de diámetro, armado con su correspondiente mandrín.

Al llegar al cartílago cricoide alejó el mandrín, continuando la introducción bajo la dirección de la vista; en el sitio donde la moneda radicaba, á unos 15 centímetros de la línea dentaria superior, el esofagoscopio se detuvo; entonces pudo ver la moneda en medio de un campo constituído de este modo: por delante y por los lados, por una elevación tumefacta de la pared del esófago, de color rojo intenso, inflamada; por detrás, por un pliegue más pálido que ocultaba el borde superior de la moneda; de ésta sólo se veía una faja transversal de su parte media. Indudablemente, entre el tercio superior de la moneda y el extremo del esofagoscopio, habíase pellizcado un pliegue de la mucosa de la pared posterior del esófago. Retiró algo el esofagoscopio, y al volver á empujarle el pliegue fué pellizcado de nuevo. Quiso introducir un esofagoscopio dilatador; pero su diámetro, de 13 milímetros, propio para adultos, no pudo ser introducido á este niño de dos años y medio. Introdujo de nuevo el tubo de 9 milímetros, y con mucha paciencia, y después de algunos movimientos de alejamiento y de introducción, consiguió poner á la vista el borde superior de la moneda, logrando extraerla inmediatamente.

Los resultados post operatorios fueron excelentes. No volvió á sentir la menor molestia al efectuar la deglución.

La coincidencia de este caso, en el que se ha patentizado una vez más el resultado admirable de la esofagoscopia en los cuerpos extraños, con

otro caso funestísimo, le obligan á insistir en que debe desterrarse en absoluto la extracción ciega.

¿Puede la esofagoscopia averiguar siempre la existencin del cuerpo extraño? Evidentemente; todo en la esofagoscopia es cuestión de tiempo, de paciencia y de vista penetrante.

A veces ocurre que el tubo se desliza entre el cuerpo extraño y la pared anterior del esófago, llegando hasta el cardias sin apercibirle; pero al extraer lentamente el esofagoscopio, puede verse con facilidad el cuerpo extraño. Para evitar esto, que sólo puede ocurrir en los cuerpos extraños situados en el comienzo del esófago, debe introducirse el esofagoscopio hasta la estrechez cricoidea, y en este preciso momento, fácil de percibir por la especial sensación de resistencia vencida, se retira el mandrín y se va introduciendo el tubo bajo la dirección constante de la vista. De este modo vése el esófago desde su origen, y procurando centrar bien la luz del tubo, el cuerpo extraño no se escapará á nuestra exploración.

También ha fallado la esofagoscopia por dificultades que imposibilitaron la introducción del tubo. No deben existir tales dificultades. «Todos los individuos de conformación normal son esofagoscopizables». Por mi parte, dice el Dr. Tapia, en cerca de treinta casos en que hasta hoy he tenido ocasión de explorar el esófago por este medio, he podido conseguir la introducción del tubo con gran facilidad; sólo en un caso de estenosis cicatricial muy pronunciada, situada á la entrada de este conducto, la introducción del tubo no fué posible; pero la dificultad estriba en que el obstáculo patológico era invencible; por tanto, este caso no invalida la afirmación de Müller.

Si el cuerpo extraño radica en la estrechez cricoidea, es decir, en el comienzo del esófago, y la introducción del tubo encuéntrase dificultada por la imposibilidad de utilizar el mandrín, entonces se utilizará con ventaja la espátula tubular de Killian.

Fuera de estos casos, afirma Kirstein que hay un dato para saber de antemano si un sujeto es fácilmente, difícilmente ó no es esofagoscopizable; según él, el grado de esofagoscopizabilidad está en relación con el grado de autoscopizabilidad. El Dr. Tapia ha tenido ocasión, sin embargo, de esofagoscopizar fácilmente sujetos á quienes no pudo hacer la autoscopia (1). Para saber si el individuo á quien vamos á examinar es fácilmente esofagoscopizable, se sirve de un procedimiento muy sencillo: después de anestesiada la faringe y la base de la lengua, hace que el enfermo coloque la cabeza en extensión forzada, y con un estilete porta-algodón de alambre, recto, de 2 milímetros de diámetro por 25 centímetros de largo, procede á anestesiar la entrada del esófago, y entonces ve si penetra bien el estilete y por dónde mejor, si por la línea media ó por los ángulos de la boca. De donde deduce, no sólo la introducibilidad del tubo, sino el sitio por donde debe introducirle, ó sea si debe hacer esofagoscopia media ó lateral.

Esto tiene, además, la ventaja de que el enfermo se habitúa, y no le hace tan mal efecto pensar en que se le va á introducir el esofagoscopio.

(1) Autoscopia de la laringe es el examen directo de este órgano. Como se ve, la denominación es tan impropia que exige esta nota como aclaración.

También puede ocurrir, como ocurrió en el caso motivo de este artículo, que se arrastre, entre el extremo del esofagoscopio y el cuerpo extraño, un pliegue del esófago, que además de dificultar la extracción, puede pellizcarse y traumatizarse; para estos casos, el efagoscopio dilatador de las paredes del esófago puede ser útil desplegando el pliegue pellizcado, ó si no, sencillamente se hará retroceder el tubo y el pliegue desaparecerá.

Cuanto á los aparatos de iluminación, termina diciendo el Dr. Tapia, nos servimos indistintamente del mango de Casper ó de la lámpara de Kirstein; cuando hay exceso de saliva ó de moco en el esófago, que exige la introducción constante de estiletes algodonados, ó cuando las maniobras de extracción requieren el manejo de instrumental complicado, asas, etc., preferimos la lámpara de Kirstein. Y como fuente de luz utilizamos la corriente urbana, disminuyendo los voltios necesarios por medio del reostato que tuvo el honor de presentar al XIII Congreso Internacional de Medicina.

El instrumental accesorio, pinzas, ganchos, etc., que utilizamos, es el mismo que emplea Killian. Como anestésico local utilizamos la estovaína.

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

Sesión del día 6 de Noviembre de 1906.

La tuberculosis ganglíopulmonar en las escuelas de París. — El Dr. GRANCHER (1): Si la tuberculosis ganglíopulmonar del niño es curable, *lo cual creemos nosotros firmemente*, es necesario para curarla, según se desprende de nuestras investigaciones en las escuelas parisienses, lo siguiente: 1.° Reconocerla desde el comienzo del principio por un examen que permita, disociando los signos físicos, diagnosticar la primera, segunda y tercera etapa que preceden al primer período clásico. En esta fase de germinación es cuando la tuberculosis ofrece más garantías de curación. 2.° Hay que descartar el tratamiento hecho en la escuela por la adición de una comida reglamentaria, puesto que apenas mejora la situación de algunos niños, deja en estado estacionario á la mayoría y no impide que algunos empeoren. 3.° Se ha de hacer un esfuerzo más serio y más prolongado, que sus padres son incapaces de llenar con sus propios recursos; por lo tanto, conviene acudir en su ayuda si se quiere combatir la tuberculosis en su origen y en el niño, lo cual sólo puede hacerlo útilmente el Municipio.

(1) En colaboración con varios médicos de París.

Dos métodos son los que puede elegir: 1.° Colocar los niños que padecen tuberculosis *ligera y cerrada* en familias del campo, que serían prevenidas acerca de que el niño está enfermo, aunque no es contagioso, y que recibirían una mensualidad suficiente para asegurar el tratamiento higiénico dietético, la aereación continua y la sobrealimentación. El niño seguiría los cursos de la escuela municipal y los ejercicios de esta escuela en la medida que permitiera el médico encargado de su vigilancia, lo cual debiera ejercerse sobre todo con objeto de prever el momento en que el bacilo, puesto en libertad, convirtiera al niño en contagioso. Y en efecto, convendría prevenir este momento para no contaminar la familia que le hospedara. El peligro de contaminación es la gran objeción á este método de distribución familiar, objeción capital, puesto que casi es imposible, hasta para un médico muy experto, puntualizar el momento en que serán eliminados los bacilos; en este sentido pueden tenerse sorpresas que invaliden todos los pronósticos. 2.° Por este motivo y también para asegurar un tratamiento mejor, mis colaboradores y yo preferimos el segundo método, que se podría ensayar durante algunos años en un pequeño número de niños, para ampliarlo en seguida si los resultados fueran favorables. Los niños reconocidos enfermos serían enviados al campo en un sanatorio-escuela, donde continuarían sus estudios, bajo la estrecha vigilancia de un médico, el cual, verdadero médico de sanatorio, reglamentaría, no sólo la aereación y la alimentación necesarias á la cura, sino que también las horas de trabajo, recreo, gimnástica, etc. En dos ó tres años sabríamos á qué atenernos respecto á los efectos obtenidos. Dos escuelas suburbanas, una de niñas y otra de niños, bastarían para este ensayo. Se las podría llamar, si se quisiera, *escuelas al aire libre* y serían un internado de cura para los niños bacilíferos.

Al Municipio de París corresponde mirar por la salud de los niños enfermos de nuestras escuelas, semillero inagotable de tuberculosos adultos, incurables. Esta *asistencia preventiva* de la infancia, además de representar la forma más apropiada de emplear los fondos de nuestro erario, ahorraría muchas vidas humanas.— Codina Castellví.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 13 de Noviembre de 1906.

Tratamiento operatorio de la úlcera gástrica.—El Dr. *W. Hale White* dijo que cuando ocurre la perforación de la úlcera gástrica es preciso operar sin retraso. La operación es también necesaria en casi todos los estados que pueden confundirse con la úlcera perforada, excepto la pancreatitis hemorrágica aguda y el histerismo; así que conviene operar aunque el diagnóstico sea erróneo. Se ha dicho que no debe operarse durante un ataque de hemorragia gástrica grave aunque la sangre proceda indudablemente de una úlcera. En la hemorragia gástrica abundantísima que procede de una exudación sanguínea general, y no de una úlcera, la hemorragia se contiene

casi siempre con el tratamiento médico. La muerte ha seguido con frecuencia á la operación aunque se haya contenido la pérdida de sangre. Las adherencias consecutivas á la úlcera gástrica y que unen el estómago con los órganos inmediatos, son una causa frecuente de dolores abdominales que se corrigen casi siempre con la operación. Según toda probabilidad las adherencias que unen el estómago con el intestino son las que producen más dolor, á veces de carácter paroxístico.

Los casos en que las hemorragias repetidas con ó sin dolor y dispepsia, quebrantan de tal modo el estado general que ponen en peligro la vida, deben ser operados si el tratamiento médico ha sido ineficaz. A veces la alimentación rectal se prolonga indebidamente en estos casos; es siempre una alimentación de inedia. La alimentación subcutánea, como auxiliar de la rectal, no suele emplearse lo que debiera.

La dilatación excesiva del estómago cuando no depende del cáncer, es debida casi siempre á una úlcera situada cerca del píloro. En estos casos el tratamiento médico suele ser ineficaz, obteniéndose en cambio algún resultado con la gastroyeyunostomía. Las dilataciones menos acentuadas que no dependan de una ulceración, se corrigen casi siempre con el tratamiento médico.

Respecto á las operaciones en general no hay una sola que no exponga á algún peligro. Unas veces la operación va seguida de alivio y otras hay después de la gastroyeyunostomía, vómitos por regurgitación. El tratamiento operatorio está más indicado cuando se trata de un enfermo de más de treinta años, que presenta síntomas evidentes de úlcera. Las operaciones sobre el estómago por síntomas independientes de úlcera ó de neoplasia no son eficaces, y á veces hasta empeoran el estado del enfermo.

El Dr. *Mayo Robson* manifestó que había practicado más de 600 operaciones gástricas y que se ocuparía de las indicaciones, limitaciones y resultados ulteriores de la operación, en la úlcera del estómago, y en dos ó tres de sus complicaciones principales.

La úlcera gástrica es una enfermedad mucho más grave de lo que suele suponerse y se cree más de lo debido en la eficacia del tratamiento médico.

Leube dice que la mitad ó las tres cuartas partes de los casos de este género curan en cuatro ó cinco semanas de tratamiento; pero si no curan en este tiempo, no son susceptibles de curar por el tratamiento médico sólo. Esta afirmación ha sido refutada por Bulstrode, quien en 500 casos de úlcera observados en el London Hospital desde 1897 á 1902, ha visto morir el 18 por 100 de los enfermos sometidos al tratamiento médico. En esta estadística no se incluyen los casos de úlcera con complicaciones graves, estenosis pilórica, etc. Del 82 por 100 de los casos curados, calcula Bulstrode que en las dos quintas partes suele haber recidiva, porque de los 500 enfermos tratados, 211 cuando menos volvieron á padecer úlcera una á cuatro veces. Las observaciones más modernas hechas por Paterson y Rhodes en el London Temperance Hospital en 150 enfermos de las clínicas de Soltau y Fenwick, son más convincentes, porque prueban que la proporción de curaciones verdaderas en los casos de úlcera gástrica, aun después del tratamiento prolongado por la alimentación y la quietud en el hospital, es inferior al 25 por 100.

Desde el punto de vista del tratamiento, las úlceras gástricas se dividen en agudas y crónicas. En las primeras el tratamiento debe ser al principio médico; pero si después de cuatro ó seis semanas de dieta láctea, seguido de un período de dos ó tres meses de alimentación moderada, no cura el enfermo, debe pensarse en la intervención quirúrgica. En la úlcera crónica ó recidivante, si el tratamiento médico es ineficaz ó hay recidiva después de una ligera mejoría, debe recurrirse á los medios quirúrgicos.

El tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica puede ser directo ó indirecto. El primero comprende la extirpación de la úlcera ó de la zona ulcerada. Por tratamiento indirecto se comprende la gastroenterostomía ó sus modificaciones, operaciones destinadas á corregir la obstrucción y á mantener en quietud fisiológica el estómago.

La operación directa fué practicada primeramente en 1881 por Rydigier. En 9 operaciones de excisión de la úlcera practicadas por el Dr. Mayo Robson. obtuvo la curación inmediata, pero en 2 hubo recidiva y en 1 se ignora el resultado.

Mansell Moullin, Keetty y Sinclair White citan también recidivas después de esta operación.

Cree Mayo Robson que la extirpación de la zona ulcerada se practicará más cada vez, porque según manifestó en su *Bradshaw Lecture*, en el 59'3 por 100 de sus casos de cáncer del estómago había antecedentes de úlcera crónica. Graham dice que se han descubierto antecedentes de úlcera en el 36 por 100 de los casos de cáncer gástrico operados en la clínica Rochester, y pruebas evidentes de cáncer desarrollado sobre una úlcera en el 30 por 100 de las últimas 40 gastrectomías parciales. Es un argumento de gran peso en favor de la operación radical.

La piloroplastia inventada en 1886 por Heinecke y perfeccionada por Mikulicz en 1887, aunque excelente en principio y satisfactoria y sencilla en la práctica, suele ser seguida de recidiva en bastantes casos. Mayo Robson ha practicado 28 piloroplastias con éxito inmediato en 27; 1 enfermo murió á los quince días. El resultado sólo fué perfecto en 16; 8 tuvieron que ser operados de nuevo; 1 recayó y murió de tetania aguda, y 2 padecieron cáncer gástrico. De 21 de W. J. Mayo, 7 exigieron una nueva operación. Rutherford Morison ha observado 4 recidivas en 28 casos.

La modificación de la piloroplastia inventada por Finney y mejorada por Gould, de Boston, por la que se obtiene una abertura mayor del estómago en el duodeno, está aún en ensayo; es, al parecer, una operación grave cuando existen grandes adherencias entre el píloro y el duodeno. En 58 casos operados por W. J. y C. Mayo, la mortalidad fué de 7 por 100, y de 9 por 100 en 112 casos coleccionados por Finney. Mayo Robson no tiene experiencia personal respecto á la operación de Finney, puesto que prefiere la gastroenterostomía; pero Munro, de Boston, la ha abandonado por ineficaz, y W. J. Mayo dice que sólo es útil en ciertos casos.

La gastroenterostomía practicada primero en 1881 por Wolfler á instancia de Nicoladini, en un caso de obstrucción cancerosa del píloro, fué empleada primeramente por Doyen en 1893 en el tratamiento de la úlcera, y por Talma en el mismo año; ambos cirujanos sacaron, independientemente de otro, la conclusión de que la estenosis espasmódica del píloro es el

factor principal que mantiene la hiperacidez y la falta de quietud que impiden la curación de las úlceras gástricas.

Los resultados ulteriores de la operación en la úlcera del estómago y del duodeno, son notables. El dolor desaparece, los alimentos son retenidos en el estómago, los vómitos cesan y el estado general tarda poco en mejorar. Los resultados desfavorables que, según se dice, sobrevienen después de la operación, pueden evitarse empleando una técnica correcta. La muerte por astenia es imposible, porque puede principiarse á alimentar al enfermo inmediatamente después de operado. El peligro de la hemorragia primitiva se evita completamente por las suturas contínuas que rodean los bordes de la abertura entre las dos vísceras. La hemorragia secundaria por úlceras preexistentes no es posible siempre evitarla. La única complicación quizá inevitable, pero, por fortuna, rarísima, es la úlcera pépsica del yeyuno, debida, al parecer, al jugo gástrico excesivamente ácido que pasa directamente al yeyuno. Mayo Robson sólo ha observado un caso de úlcera pepsica duodenal en 200 gastroenterostomías posteriores, lo que prueba que este peligro es muy remoto. A su juicio, puede evitarse haciendo la abertura suficientemente amplia para evitar la estancación de los alimentos en el estómago, administrando substancias alimenticias adecuadas y empleando después de la operación el tratamiento de la hiperclorhidria.

Las complicaciones son más frecuentes después de la gastroenterostomía anterior que de la posterior, porque en el primer caso el asa del yeyuno es más larga. Respecto á la técnica, no cree Mayo Robson que la incisión debe ser elíptica; basta que tenga 5 centímetros de diámetro y que esté lo más cerca posible del borde inferior del estómago. Tampoco es preciso extirpar la mucosa, pero sí que la del estómago y la del yeyuno se pongan en contacto íntimo por medio de una sutura marginal continua que, con fines hemostáticos, debe comprender todas las túnicas.

Para calcular la mortalidad de la gastroenterostomía en la úlcera simple, cree Mayo Robson conveniente separar los casos de úlcera complicada con hemorragia ó estómago bilobulado. La estadística siguiente comprende los resultados de la gastroenterostomía por úlcera y sus complicaciones (excluyendo la peritonitis por perforación), según el plan seguido, en el Informe del Hospital de Santa María, Rochester, Minnesota.

W. J. Mayo ha practicado 307 gastroyeyunostomías por úlcera simple, con una mortalidad de 6 por 100; en las últimas 81 operaciones de la serie, sólo perdió un enfermo. En el Informe del Hospital de Santa María (1905), en 100 gastroyeyunostomías por úlcera, la mortalidad fué de 1 por 100.

En la *British Medical Association* (1905), Moynihan expuso los resultados de su experiencia hasta dicha fecha. En 171 gastroyeyunostomías por úlcera crónica tuvo 2 muertes; en 27 casos en los que la hemorragia fué el síntoma predominante hubo 4 muertes; en 8 casos de estómago bilobulado, en los que practicó la gastroyeyunostomía, murieron 3 enfermos. En total, 206 casos de úlcera complicada con 9 muertes, ó sea el 4'3 por 100. Respecto al resultado final, hubo 82 por 100 de curaciones y el 14 por 100 de alivios. Hartmann cita en su práctica el 6 por 100 de muertes y el 90 por 100 de curaciones. Von Eiselberg ha obtenido el 90 por 100 de curaciones; Rotgans, de Amsterdam, indica como peligro inmediato de la operación,

en su práctica, el 5 por 100, y de curación permanente el 80 por 100. Mayo Robson ha practicado la gastroenterostomía posterior en 210 casos, de los que curaron 202, lo que da una mortalidad operatoria de 3'8 por 100. Ochsner, Murphy, Deaver, Kocher, Munro, Brewer, Littlwood, Montprofit y otros cirujanos, han obtenido también resultados excelentes.

Mayo Robson cree que las únicas complicaciones de la úlcera en las que merece discutirse el tratamiento operatorio son: la perforación, la hemorragia, la contracción del estómago en forma de reloj de arena, la dilatación debida á la estenosis pilórica, la tetania y la perigastritis.

Según algunos autores, la perforación ocurre en el 12 á 23 por 100 de los casos de úlcera gástrica, y es fatal el 95 por 100 de las veces si no se emplean los medios quirúrgicos. En los casos operados en las doce horas después del accidente, la mortalidad es de 25 á 28 por 100, de 63 por 100 en los que se operan de las doce á las veinticuatro horas, de 86 por 100 en los operados en las veinticuatro á treinta y seis horas, y de 95 á 100 por 100 en los que se operan después; el tratamiento puramente médico da las mismas probabilidades de curación. En 11 casos operados el año último á poco del accidente, el Dr. Tk. Sinclair-Kir no perdió un solo enfermo.

No cree Mayo Robson que sea preciso extirpar la úlcera al operar. Basta doblar bien los bordes de la ruptura, confrontarlos perfectamente por medio de una sutura serosa continua, y si es posible aplicar encima un ingerto de epiplón. La cavidad del peritoneo la lava con una disolución salina normal caliente, y hace el desagüe suprapubiano. Como en una tercera parte de los casos fatales se encontró más de una úlcera, y en el 20 por 100 de las úlceras perforadas las perforaciones eran múltiples (Finney) y muchos casos que curan de la operación padecen después síntomas gástricos y hasta una nueva perforación, merece pensarse la conveniencia de practicar á la vez la gastroenterostomía. Los casos en que se ha practicado esta operación son poco numerosos, pero los resultados no han podido ser más satisfactorios. La úlcera gástrica simple se complica con hemorragia en el 50 á 80 por100 de los casos, y ésta es fatal en el 3 al 11 por 100. Desde el punto de vista del tratamiento, conviene dividir los casos en dos clases:

1.ª Los ataques agudos, siempre alarmantes, y á veces, aunque raros, fatales, que sobrevienen sin síntomas prodrómicos de la úlcera; cuando recaen en mujeres anémicas jóvenes, suelen cesar espontáneamente ó á beneficio del tratamiento y no tienden á la recidiva.

2.ª Los ataques asociados ó precedidos de síntomas evidentes de úlcera, que pueden ser: *a)* agudos rápidamente mortales; *b)* agudos que desaparecen temporalmente y se reproducen á las pocas horas ó días ó después de períodos más largos; *c)* hemorragias crónicas, á veces poco abundantes, pero que conducen á la anemia por su repetición.

El tratamiento quirúrgico de la hematemesis puede ser directo ó indirecto. Se entiende por tratamiento directo: *a)* la excisión de la úlcera ó de la zona ulcerada; *b)* la contención de la hemorragia por ligadura de los vasos que dan sangre, por cauterización de la úlcera ó por ligadura de la mucosa *en masa*. El método indirecto es la gastroenterostomía.

En estos casos deben tenerse en cuenta las reglas siguientes de tratamiento:

1.ª En caso de hematemesis aguda por úlcera ó erosión cuando el principio de la hemorragia es repentino y no hay antecedentes de úlcera, deben ensayarse los medios médicos y generales, y si la pérdida de sangre se contiene á consecuencia de la quietud y del tratamiento general, no deben emplearse los medios quirúrgicos, pero sí continuar el tratamiento hasta la curación de la úlcera.

2.ª Cuando la hemorragia recidiva ó persiste á pesar del tratamiento, están indicados los medios quirúrgicos.

3.ª En la hemorragia abundante ó no por úlcera crónica, está indicado el tratamiento quirúrgico, tanto para contener la pérdida de sangre, como para curar la úlcera.

4.ª Como el peligro de la operación es menor en los intervalos que durante la hemorragia, conviene contener ésta antes de operar; pero si la pérdida de sangre es persistente, no debe diferirse la operación porque puede hacerse imposible si se retrasa.

Ha operado cuatro casos durante la hemorragia, curando los cuatro, y 22 en los intervalos; de los 22 enfermos murió uno por extenuación á la semana de operado.

En la estenosis pilórica y dilatación gástrica consecutiva, cuando los síntomas son ligeros, se obtiene algún alivio con la alimentación semilíquida y el lavado del estómago, pero en cuanto los síntomas se acentúan, es perder el tiempo perseverar en el empleo de estos medios, excepto cuando la estenosis es consecutiva á una úlcera sifilítica ó á un goma, que tardan poco en curar por el tratamiento específico. El tratamiento quirúrgico es el único eficaz porque suprime la causa de la estenosis ó forma un nuevo conducto por el que el contenido del estómago pasa al intestino.

Es posible en ciertos casos suprimir la causa de la estenosis dividiendo las bridas ó adherencias peritoneales ó extirpando un tumor que obstruye el píloro, pero las más de las veces es preciso ensanchar el orificio pilórico estrechado ó practicar la gastroenterostomía.

Las operaciones más eficaces son: 1.ª, la pilorodiosis ó dilatación forzada del píloro; 2.ª, la piloroplastia; 3.ª, la operación de Finney; 4.ª, la gastroduodenostomía de Kocher; 5.ª, la pilorectomía; 6.ª, la gastroyeyunostomía.

La mayoría de los cirujanos concuerdan en que la gastroyeyunostomía es el procedimiento preferible en estos casos, no sólo por ser menos peligrosa, sino por los resultados satisfactorios que se obtienen con ella, porque la mortalidad es inferior al 3 por 100 y los casos aliviados ó curados se elevan al 90 por 100.

Aunque la pilorectomía ó gastrectomía parcial es una operación mucho más grave que la gastroenterostomía, hay, no obstante, cierta clase de casos de estenosis pilórica complicada con tumor en los que no puede decirse si éste es ó no canceroso. Cuando la obstrucción del píloro coincide con un tumor, debido á una enfermedad inflamatoria, es casi seguro que ha contraído adherencias con la cara inferior del hígado ó el páncreas, y entonces la pilorectomía es dificilísima y arriesgada. En estos casos es preferible la gastroenterostomía en la esperanza de que con la quietud se obtenga la resolución del tumor.

Respecto á la pilorodiosis, aunque recomendada y practicada por Loreta

en algunos casos de estrechez cicatrizal del píloro, es un procedimiento que no debe recomendarse, pues si bien ha producido buenos resultados en varios espasmos pilóricos simples, es más peligrosa que la gastroenterostomía y que la piloroplastia. Mayo Robson cree que la operación de Loreta sólo está indicada en la estenosis congénita del píloro.

El tratamiento de la tetania gástrica, nombre que aplicó el Dr. Mayo Robson á todos los casos de tetania y de espasmos tetanóideos, dependientes de enfermedades del estómago, es esencialmente quirúrgica, según demostró por vez primera dicho cirujano en un artículo publicado en *The Lancet* (26 noviembre 1898). La tetania gástrica, tratada por los medios médicos, es casi siempre fatal. En cambio los medios quirúrgicos corrigen siempre la enfermedad, permitiendo al estómago vaciar su contenido. Para corregir la obstrucción son necesarios los medios quirúrgicos. En los casos sencillos son preferibles la piloroplastia ó la gastroenterostomía; en los malignos debe practicarse la gastrectomía parcial ó la gastroenterostomía, según las circunstancias.

El estómago bilobulado debe su origen á una enfermedad orgánica—úlcera gástrica crónica, cáncer ó perigastritis,—pero en la mayor parte de los casos es debido á la retracción cicatrizal consecutiva á una úlcera. Puede ser también congénito, pero Mayo Robson no ha observado un caso de este género en más de 1.000 operaciones que ha practicado en la parte superior del abdomen, en las que pudo verse el estómago.

El tratamiento quirúrgico es el único eficaz en esta enfermedad. Pueden practicarse: 1.°, la gastroplasia; 2.°, la gastroenterostomía; 3.°, la gastrolisis; 4.°, la gastrogastrotomía; 5.°, la extirpación del área ulcerada ó la gastrectomía parcial; 6.°, la divulsión de la estrechez; y 7.°, la yeyunostomía.

Como esta enfermedad suele estar asociada á una ulceración activa en el centro del estómago, la operación, para que sea eficaz, necesita asegurar el desagüe de las dos bolsas gástricas, á fin de que puedan curar las úlceras. Mayo Robson ha practicado la gastroenterostomía posterior en siete casos de estómago bilobulado, curando todos los enfermos. La gastroplasia la ha practicado en diez enfermos. Todos ellos curaron de la operación. Seis disfrutan excelente salud tres á seis años después de operados; en uno se desconoce el resultado; uno tuvo que ser operado de nuevo de gastroenterostomía á los dos años; uno disfrutó buena salud por espacio de cuatro años, pero se reprodujo la ulceración y murió de hematemesis; uno padece de cuando en cuando gastralgias, si bien no necesita asistencia médica.

Puesto que la gastroplasia ha sido seguida del 25 por 100 de recidivas y la gastrotomía del 30 por 100, mientras que la gastroenterostomía sola da mejores resultados y la combinación de las dos primeras operaciones con la gastroenterostomía es siempre eficaz, es indudable que, sea cual fuere el procedimiento que se adopte para abrir una comunicación entre las dos cavidades gástricas, la gastroenterostomía debe formar siempre parte de la operación, para que la úlcera, que origina la enfermedad, pueda curar.

La perigastritis es una de las complicaciones más importantes de la úlcera, á causa de las adherencias que origina. Las adherencias deben destruirse, pero suelen volver á formarse, excepto cuando las superficies

cruentas se cubren de un ingerto de epiplón ó de peritoneo. La gastrolisis simple, ó rotura de las adherencias, es inofensiva, y en muchos casos produce resultados excelentes; en los casos graves suele ser seguida de recidiva, y entonces la gastroenterostomía posterior es utilísima; cuando las adherencias son muy extensas é interesan la pared posterior, la operación de Roux, anterior, es el procedimiento preferible.

El Dr. *Dyce Duckworth* dijo que en la hemorragia gástrica de las mujeres jóvenes casi nunca es necesaria la intervención operatoria. Es raro que esta hemorragia sea fatal, como ocurre con la hemoptisis. La pérdida de sangre se contiene con el tratamiento ordinario. Procede más veces de una erosión que de fisuras ó puntos hemorrágicos de la mucosa gástrica. La gastroenterostomía es un buen recurso en muchos padecimientos gástricos, incluso la úlcera crónica, la dilatación, etc. No cree que la alimentación rectal sea deficiente y conduzca á la inedia. El tratamiento de la úlcera gástrica debe prolongarse mucho más de lo que suele hacerse.

El Dr. *Moynihan* presentó una estadística de los casos de úlcera simple del estómago que ha operado hasta septiembre de 1906. La forman un total de 334 operaciones. Tuvo 27 casos de úlcera perforada; de los 13 primeros murieron 7 enfermos y de los 14 últimos 2. Llamó la atención sobre el hecho de que cuando ocurre la perforación, aunque el dolor sea excesivo no hay colapso, el número de pulsaciones no se eleva, ó se eleva ligeramente, y no se observa rigidez abdominal. Estos síntomas no se presentan hasta dos horas ó más después del accidente. El diagnóstico debe hacerse por los antecedentes de la úlcera: aparición repentina y persistencia de un dolor intolerable, limitación de los movimientos abdominales al respirar, sensibilidad de la piel del abdomen y resistencia á la palpación profunda. En la mayor parte de los casos es preciso apreciar con exactitud el sitio de la ulceración y hacerse la incisión á la derecha ó á la izquierda, según sea mejor para poner la úlcera al descubierto.

La gastroenterostomía, además de la oclusión de la úlcera, es necesaria siempre en la perforación duodenal y en los casos en que la oclusión de la úlcera produce estrechez del estómago, pero no en las demás circunstancias. Sólo ha practicado seis veces la gastroenterostomía, curando cinco enfermos.

La hemorragia hace precisa la operación inmediata únicamente en los casos en que recidiva á intervalos cada vez más cortos y en mayor abundancia. La gastroenterostomía ha bastado en muchos casos para contener la pérdida de sangre; á ser posible, debe extirparse la úlcera, y mejor aún reunirla como si estuviera perforada. Sus operaciones de esta serie comprenden 33 casos con seis muertes.

En la úlcera crónica del estómago sólo ha empleado de ordinario la gastroenterostomía, de preferencia la posterior. Si la úlcera está situada en ó cerca del píloro y produce obstrucción, la gastroenterostomía da resultados excelentes. Todas las úlceras del duodeno y las del estómago próximas al píloro deben plegarse. Las de la curva menor deben plegarse ó excindirse.

La gastrolisis es una operación poco útil; si las adherencias dificultan los movimientos del estómago son preferibles otras operaciones, y si no los

dificultan, la gastrolisis es innecesaria. Jamás ha practicado la piloroplastia. Esta serie comprende 248 operaciones con dos muertes, ó sea el 0'8 por 100 de mortalidad. En las últimas 151 operaciones no ha perdido un solo enfermo. De estos 248 enfermos operados curaron 234, el resultado fué indiferente en 10 y nulo en 4. Ha operado 26 veces enfermos con estómago bilobulado, lo que prueba que esta complicación es más común de lo que se cree, aunque es una de las que pueden y deben ser evitadas.

(*The British Med. Journal*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del 7 de Noviembre de 1906.

Cálculo vesical de origen externo. — El Dr. *Rothschild* presenta un joven de veintiún años, el cual solicitó su asistencia hace algunas semanas, porque venía padeciendo de dolores muy violentos en la región del periné y de la raíz del pene, que habían quebrantado mucho su estado general y de incontinencia contínua de orina. Esta contenía pus y sangre, y también salía algo de sangre por el ano. La sonda de Nelaton penetró sin dificultad, pero en la vejiga no cabían 30 centímetros cúbicos de líquido. Con el empleo de los narcóticos y los lavados vesicales se aclaró la orina y aumentó la capacidad de la vejiga; pero á todo esto seguían los dolores y alguna que otra vez aún salía por el periné un poco de sangre. Entonces fué cuando confesó el paciente al fin que hacía mucho tiempo se había introducido en la uretra un tubo blando lleno de cera, habiendo quedado dentro esta última al sacar el tubo. Con el examen radiográfico se comprobó la existencia de una concreción. El autor practicó la talla hipogástrica, extrajo el cálculo y cosió la vejiga. El éxito fué completo y el paciente está curado del todo.

Estrechez de la uretra y retención urinaria. — El Dr. *Bergmann* da cuenta de un caso de estrechez uretral, en el que después de la dilatación gradual de la misma descubrió por casualidad un cálculo, cuyo origen había que atribuirlo á parafina que había penetrado en la vejiga.

En Bruselas había tratado una mujer de combatir la estrechez por medio de la inyección de parafina.

Queratitis parenquimatosa. — El Dr. *Schöler* presenta una enferma con queratitis parenquimatosa curada. La afección no es de origen sifilítico y se la teme mucho por su rebeldía. En el caso presente se hizo pasar una corriente galvánica á través de la opacidad; dos agujas de catarata, cuyas puntas fueron sumergidas, la una en mercurio y la otra en tintura de yodo, sirvieron como electrodos. La corriente tenía la intensidad de dos miliamperios. Muy pronto empezó á aclararse la opacidad, y á los catorce días la enferma estaba completamente curada.

Lesión traumática colectiva ocasionada por los rayos eléctricos. — El doctor *Crzellitzer* refiere el hecho siguiente: En una fábrica se hacían soldaduras por medio de la electricidad, utilizando para ello corrientes eléctricas muy fuertes. Para ello se hacía pasar á través de una gran pieza de hierro in-

tercalada en el circuíto, un arco voltáico muy intenso y muy caliente, que partía de un vástago de carbón. Estos trabajos se ejecutaban al aire libre en un ángulo del patio de la fábrica. A unos cinco metros de dicho sitio pasa el camino que conduce al retrete. De los obreros que habían pasado como transeuntes por dicho camino, no de los que se habían ocupado en la mencionada tarea, enfermaron 12 en la noche siguiente con violentos dolores de ojos. A la mañana siguiente se presentaron dichos obreros al autor, quejándose todos ellos de dolores muy intensos, fotofobia, lagrimeo, hinchazón de la conjuntiva y de los párpados y además de una muy ligera opacidad de la córnea; los medios refringentes estaban intactos y el fondo del ojo un poco rubicundo. Se trataba en todos los obreros del cuadro clínico bien conocido de la oftalmía eléctrica, afección que retrogradó á los pocos días.

Se deduce de este sucedido que en fábricas como la mencionada hay que poner los medios necesarios para resguardar de tales accidentes, no sólo á los obreros que se ocupan en semejantes tareas, sino además á los que tienen que pasar no muy lejos de la zona peligrosa.

La prueba mejor de que en los casos referidos la oftalmía no ha sido provocada por los rayos caloríficos, la tenemos en que se presentó, no en los obreros que estaban muy cerca del sitio donde se trabajaba, sino en aquellos que pasaban á alguna distancia del mismo. Hay que pensar más bien en los rayos químicos ultravioletas y á ello nos induce también la circunstancia de que en ninguno de los casos observados se presentaron imágenes consecutivas.

El Dr. *Hirschberg* dice que en su concepto todos los rayos pueden afectar al ojo de un modo perjudicial y que en las profesiones que son peligrosas por la causa mencionada, se deben emplear mecanismos protectores.

Tumor del lóbulo occipital; operación; curación.—El Dr. *H. Oppenheim* narra el caso siguiente: Un comerciante de treinta y cinco años enfermó en marzo del año corriente, con dolores en la cabeza y más especialmente en el occipucio, nuca y dorso. Cuando le vió el autor por primera vez el 25 de abril, el resultado de la exploración del sistema nervioso fué negativo. El 8 de mayo se descubrió una hemorragia retiniana en el ojo izquierdo; algunos días después neuritis óptica en el mismo ojo y durante el ataque un retardo evidente del pulso. Se presentaron además vómitos, estancación en ambas papilas, hemianopsia izquierda, alucinaciones visuales, alexia y agrafia. En vista de todo esto, diagnosticó el autor una afección del lóbulo occipital, y como quiera que no dieron ningún resultado el mercurio y el yoduro, se inclinó á la idea de un tumor y propuso la operación, que fué ejecutada por F. Krause. En efecto, se encontró un tumor del lóbulo occipital posterior, tumor que se disecó con instrumento romo. Después de la operación se acentuaron por de pronto las alucinaciones ópticas; pero no tardaron en irse debilitando; poco á poco fueron retrogradando todos los síntomas, incluso el de la hemianopsia, y por fin se consiguió una curación tan completa que puede calificarse de ideal.

El Dr. *F. Krause* hace ver por medio del aparato de proyecciones la marcha de la operación, que realizó en dos tiempos con intervalo de catorce días de uno al otro. El tumor es un sarcoma fusocelular enquistado, del

tamaño de un huevo de paloma; radicaba en la parte interna del lóbulo occipital izquierdo y se extendía hasta la cuña. Su disección y aislamiento, con instrumento romo, se efectuaron sin nada de hemorragia. Después de la operación sobrevino una elevación térmica muy marcada, que no significaba fiebre, sino tan sólo la consecuencia de que la operación se había hecho en la inmediata proximidad de la médula oblongada. El curso post operatorio no presentó el menor incidente.

Transmisión de tumores malignos en la especie canina por medio de las relaciones sexuales. — El Dr. *Sticker* comienza recordando observaciones recogidas por antiguos observadores acerca de la transmisibilidad del carcinoma en el hombre y también sus propios experimentos, en los que llegó á conseguir la transmisión de sarcomas de perro á perro. Ahora ha observado esta misma transmisión de sarcomas en la especie canina, pero no como resultado de inoculación, sino en circunstancias fisiológicas. A una perra que padecía de sarcoma (en vía de destrucción) de la vagina, la ha hecho cubrir en diferentes épocas por cuatro perros, y en dos de éstos se desarrolló, en efecto, un sarcoma del pene.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. del Valle.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 26 de Octubre de 1906.

Cirugía de la úlcera gástrica. — El Dr. *Julio Hochenegg* presenta un individuo que ha sido operado dos veces á causa de una afección gástrica.

Con este motivo hace constar el autor que discrepa de Schnitzler, y está, en cambio, de acuerdo con Mikulicz, acerca de que, en su opinión, no se debe demorar mucho la operación en los casos de úlcera gástrica. En su concepto, se debe operar cuando un tratamiento interno bien conducido no da resultado ó sólo lo da transitorio, y, por otra parte, el enfermo lleva una vida muy penosa ó se le hace casi imposible el trabajo á causa de las molestias que sufre, de los dolores, de los vómitos y de la dispepsia.

Las conclusiones del autor son las siguientes: 1.ª En la úlcera gástrica y en sus consecuencias (aparición muy repetida de hemorragias, accesos de dolor, vómitos), es conveniente la operación. 2.ª Como tal figura, en primer término, la gastroenterostomía, puesto que hace desaparecer las consecuencias de la estrechez, ejerce una acción saludable sobre la úlcera florida, impide casi siempre la hemorragia y, cuando hay perforación, crea condiciones que acarrean su curación sin necesidad de más intervenciones. 3.ª Como método de gastroenterostomía aconseja el que él ha indicado por primera vez, y que publicó más tarde Petersen, puesto que da buenos resultados y parece prevenir la formación del círculo vicioso y de la úlcera pépsica.

El Dr. *Julio Schnitzler* dice que la gastroenterostomía está indicada de un modo absoluto en los casos de úlcera gástrica en que hay estrechez pilórica, pero que ya no sucede lo mismo en los casos de gastrorragia, puesto que

cuando ésta pone desde luego en peligro la vida, los resultados de la operación son muy malos. Ya son más satisfactorios en los casos de hemorragias pequeñas y muy repetidas, pero tampoco es ninguna rareza que aparezcan nuevas hemorragias después de la gastroenterostomía. Respecto á la técnica de ésta, dice el autor que tampoco el método de Hochenegg garantiza contra la eventualidad del círculo vicioso y de la úlcera pépsica. Hasta hace un año no había visto Schlesinger ninguna recidiva entre los enfermos operados por el autor á causa de úlcera gástrica (gastroenterostomía); pero en el último año no se consiguió con la operación ningún resultado persistente en cinco casos. Así que el autor se ha hecho mucho más escéptico acerca del éxito del tratamiento quirúrgico en los casos de úlcera gástrica.

El Dr. *Hermann Schlesinger* dice que va á hablar desde el punto de vista de la medicina interna. La operación es indispensable en los casos de perforación de la úlcera en la cavidad abdominal y también en los de vómitos que estenúan y acarrean la inanición. Es igualmente precisa de todo punto cuando existe una estrechez pilórica. En cambio no opina como Hochenegg de que la operación debe de hacerse en todo caso de úlcera cuando ésta va acompañada de hemorragias pequeñas y recidivantes, puesto que el mismo Hochenegg confiesa que la mortalidad en sus operados ha sido de un 5 á un 7 por 100, de tal suerte que el riesgo de la operación es mucho mayor que el del tratamiento expectante. No hay que olvidar además que á pesar de la gastroenterostomía es frecuente observar recidivas y el desarrollo de un carcinoma sobre el fondo de la úlcera.

En resumen, el orador es de opinión de que en todos los casos en los que no exista una indicación vital de la operación, se debe aplazar ésta todo lo posible.

El Dr. *Hochenegg* contesta que los casos operados por él han sido precisamente los más graves, aquellos que habían sido tratados por mucho tiempo médicamente; en cambio, las estadísticas de los internistas comprenden también los casos leves. Tampoco se elige para la operación la época más oportuna; de lo contrario, no sucedería que algunos de los enfermos que acuden al cirujano están sumamente decaídos y casi en los huesos. El carcinoma es una afección tan frecuente que no debe sorprendernos que alguna vez se observe en sujetos que han sufrido la gastroenterostomía, pero el autor tiene la convicción de que gracias á esta operación se ha evitado en muchos casos que la úlcera se convirtiera en cáncer.

El Dr. *Hermann Teleky* rechaza el cargo de que en los médicos es frecuente que envíen demasiado tarde los casos de úlcera á los cirujanos.

(*Wiener Klinische Rundschau*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

La atropina y la eumidrina en las afecciones gastro-intestinales. — El doctor Hagen, partiendo de los experimentos hechos por Jacoby y Magnus, de los cuales resulta que la atropina á dosis pequeñas estimula los movimientos peristálticos del intestino, interpreta en el mismo sentido los resultados favorables que ha obtenido en diversas afecciones intestinales con dicho alcaloide y con la eumidrina, de acción análoga. Ambos medicamentos vencen las formas más variadas de alteraciones del peristaltismo y restablecen la normalidad de estos movimientos.

El autor ha obtenido muy buenos resultados en el íleo, en el vómito pertinaz, en la colelitiasis y en la peritiflitis con la eumidrina á la dosis de un miligramo y hasta cree que gracias á este tratamiento se puede evitar en muchos casos la operación.

(*Deutsches Archiv. für klin. Medizin*). — R. del Valle.

Tratamiento de la neumonía aguda por el sulfuro de carbono. — El Dr. Masciangiolli ha ensayado con éxito feliz el sulfuro de carbono en cuatro casos de neumonía aguda, uno de ellos gravísimo. El medicamento lo administró en poción, haciendo tomar al enfermo, de hora en hora, una cucharada de la fórmula siguiente, diluída en un poco de agua:

Sulfuro de carbono.....	5 gramos.
Agua.....	100 —
Esencia de menta piperita.....	6 gotas.

En todos estos casos sobrevino la crisis del tercero al cuarto día. Cree el Dr. Masciangiolli que el sulfuro de carbono se elimina en su mayor parte por la mucosa de las vías respiratorias y que ejerce una acción bactericida enérgica sobre los neumococos, impidiendo su desarrollo.

(*La Riforma Medica*, núm. 37, 1906).— F. Toledo.

Tratamiento del mal de Basedow con los rayos X. — De la observación de tres casos tratados por el Dr. Stegmann deduce éste, que sometiendo la glándula tiroides á la acción de los rayos X se modifica muy favorablemente el mal de Basedow y hasta llega á curarse. El autor atribuye dicho resultado á una modificación del epitelio glandular del cuerpo tiroides, modificación que á su vez altera en cantidad y calidad la secreción del órgano.

(*Wiener. Klin. Wochenschrift*). — R. del Valle).

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

HERIDA DEL ESTÓMAGO

LAPAROTOMIA A LAS DIECISEIS HORAS DESPUES DEL ACCIDENTE.—CURACION

POR EL DOCTOR

D. ANTONIO MORALES PÉREZ

Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Por el mucho interés que presenta esta historia clínica, y aunque sea en breves líneas, deseaba publicarla, para demostrar que vale más operar corriendo peligros, por graves que éstos sean, pues el éxito corona felizmente la empresa en algunos casos, que no seguir una *expectación*, que lleva al herido á una muerte casi segura, por no decir con toda seguridad ¡que quizás sea lo más cierto!

En la mañana del día 10 de junio pasado, en tanto que pasaba visita en la Casa de Salud de Nuestra Señora del Pilar, recibo una carta de uno de los médicos de Vilasar de Mar, en la que me manifestaba que marchase lo más pronto posible á dicho pueblo, con todo lo necesario para practicar una laparotomía, indicada por una herida gravísima de vientre.

Mi hijo, ayudante de la Clínica, preparó todo lo necesario, y ordené al individuo que trajo la carta, que marchase inmediatamente á Vilasar, para que todo estuviese convenientemente preparado al objeto de no perder tiempo para la operación. Hay que tener en cuenta que en Vilasar hay profesores muy prácticos y poseen un magnífico laboratorio, en el que las esterilizaciones y preparaciones de suero se hacen con toda pericia y extremado escrúpulo.

Llegamos mi hijo y yo, y en efecto, estaba todo preparado, aunque había tenido que fumigarse con especial cuidado una habitación, en donde estaba el herido y había que operarlo en la misma por no haber otra disponible, contigua á una *saleta* anterior, en donde había pasado la fiebre sarampiosa una niña. Esta habitación también se fumigó con especial cuidado. Los profesores de Vilasar, doctores

Martín Forteza, Masriera, Chía y Sellas—este último de Llavaneras, pueblo de donde era natural el herido—sirvieron admirablemente en el acto operatorio, en términos que á sus cuidados asépticos se debe indudablemente la mayor parte del éxito. Un sentimiento de justicia me obliga á esta declaración, que con gusto hago. Teniendo siempre en cuenta que para operar ó ser ayudantes en una operación es necesario practicar la *rigurosa asepsis*, estando plenamente convencidos de la virtud de la misma, que no practicarla con indiferencia y por el solo empuje de la rutina.

Tuvimos una consulta previa y los médicos me explicaron que á las once de la nocha anterior venía Juan Dalmau, de veintisiete años de edad, natural de San Andrés de Llavaneras, guiando un carro de su propiedad, que conducía frutas al mercado de Barcelona, al objeto de llegar por la mañana temprano á su destino. Al pasar por la riera de Argentona—entre Mataró y Vilasar—le salieron al encuentro dos ladrones, los que le robaron dos duros; *y viendo seguramente la poca cantidad*, uno de los bandidos, además de insultarle, con un cuchillo le infirió una terrible puñalada en el vientre, huyendo después de tan *repugnante hazaña*.

Media hora después del accidente fué recogido por unos individuos que pasaron por dicha carretera, conduciéndolo en gravísimo estado al pueblo de Vilasar.

La descripción que me hicieron los médicos fué la siguiente, que transcribo casi de una manera literal: las ropas empapadas en sangre, muy pálido, angustioso, anhelante, cubierto de sudor frío y pegajoso, con mucha dificultad para hablar y pulso sumamente pequeño. En la primera visita tuvo un gran vómito de sangre y de alimentos; los que se repitieron con bastante sangre coagulada.

Reconocido el vientre, se le observó una herida incisa de tres centímetros, á cinco del ombligo, hacia el lado derecho, en línea horizontal. Había una gran hernia epiplóica con bastante hemorragia.

Se lavó la herida con una solución de sublimado, se anudó la hernia epiplóica, y se fijó con puntos de sutura provisionales, aplicando un apósito protector y aséptico, en tanto que se determina la familia por la laparotomía, indicada por los profesores, en vista de la lesión de las vísceras. La familia duda y vacila y deja pasar el tiempo lastimosamente. Estas vacilaciones se vinieron repitiendo, pues el emisario que vino á Barcelona me dijo textualmente lo que sigue: ¡Si el enfermo se ha de morir á qué operarlo; venga usted nada más que para una consulta! No sé si el enfermo vivirá ó se morirá, si se

opera, le dije, lo que se puede asegurar es que si no se opera la muerte es *segura;* y respecto de ir á ver al enfermo para no operarlo, y ser testigo de su triste estado, sin acudir al recurso que la ciencia quirúrgica aconseja, no voy. Busque á otro que sea *prudente* y de los que dicen que los cirujanos del día todo lo quieren operar.

Al cabo de tres horas volvió el emisario, dejando libre toda mi iniciativa. Nos trasladamos mi hijo y yo á Vilasar y todo estaba preparado.

El estado en que me encontré al herido era en extremo deplorable: una profunda sideración de fuerzas, pulso pequeñísimo y en una situación verdaderamente lamentable. Muchos vecinos estaban en las puertas de sus casas, esperando recibir la noticia de la muerte del herido ante una operación tan arriesgada, y en *extremis;* como después pude enterarme.

Olvidaba anotar: que viendo los médicos de Vilasar el estado gravísimo del herido, ordenaron inyecciones de éter y de suero, así como la Extremaunción, en la primera visita que le hicieron.

Procedió mi hijo á la termo-eterización, poniendo el aparato á 40°, con lo que se pudo reanimar algo al moribundo. Se practicó una minuciosa limpieza en las paredes del vientre, y se le aplicaron sábanas perfectamente esterilizadas, sobre un catre con tablas, que me sirvió de mesa operatoria. Separé los puntos de sutura y salió un pedazo de epiplón ensangrentado y hemorrágico con grandes coágulos adheridos.

Por la disposición de la herida creí que había — además de la lesión de estómago diagnosticada — heridas intestinales. Saqué casi todo el intestino delgado, y colocado sobre compresas asépticas, practiqué un minucioso reconocimiento, viendo que estaba íntegro, así como el colon ascendente y parte del transverso; dilaté ampliamente las paredes abdominales y busqué el estómago, pudiendo encontrar la herida, de unos tres centímetros, en la cara anterior, por donde salían gases con bastante ruído y sangre de sus bordes, estando la mucosa gástrica *evertida*, como si fuese un grueso rodete. Invertí la mucosa y practiqué tres planos de sutura con los *puntos atrás*, quedando lineal y sin *fruncimientos*.

Hice una *toilette* en el vientre con el mayor escrúpulo posible, resequé una gran parte del epiplón y suturé el vientre en tres planos.

Aplicado un apósito conveniente se trasladó el herido á su cama, y por efecto de la termo-eterización, el operado reaccionó en muy buenas condiciones. Acto continuo se le inyectó un litro de suero.

Despertó el anestesiado, sin vómitos y sin malestar. Pasó la noche bastante bien, durmiendo á ratos.

Al día siguiente de la operación, ó sea el 11 de junio, tenía por la mañana 136 pulsaciones y 37°,8 de temperatura. Por la tarde 130 y 37°,5. En todo el día no tomó más que pedacitos de hielo y por la noche se le aplicó una inyección de suero de 500 gramos.

Día 12...	Mañana.....	116.....	37°,7.
	Tarde.....	140.....	38°,5.
	Noche.....	120.....	38°,5.

Por haber tenido algún dolor y haber pasado la noche intranquila, se le aplicó una inyección de morfina y atropina, cuyo empleo se acordó en la consulta post operatoria.

Día 13....	Mañana.....	116.....	37°,1.
	Noche.....	108.....	37°,4.

Por la mañana se le cambia por primera vez el apósito, encontrando la herida en muy buen estado. El muñón epiplóico sujeto á la herida empieza á momificarse. No hay timpanismo ni dolor en todo el vientre. Empieza á tomar pequeñas cantidades de leche helada, que tolera muy bien.

Día 14....	Mañana.....	104.....	37°.
	Noche.....	108.....	37°.

Tiene el operado una deposición con sangre negra y coagulada.

Día 15....	Mañana.....	104.....	37°,1.
	Noche.....	104.....	37°,2.

Tiene otra deposición de la misma naturaleza.

Día 16....	Mañana.....	108.....	37°,2.
	Noche.....	112.....	37°,2.

Se levanta el apósito y se encuentra la herida en muy buenas condiciones.

Día 17....	Mañana.....	100.....	37°.
	Noche.....	108.....	38°,8.

Hace una deposición normal. Sigue tomando la leche en las mismas condiciones.

Día 18....	Mañana.....	96.....	37°.
	Noche.....	102.....	38°.

Toma una tapioca.

Día 19....	Mañana.....	100.....	37°,5.
	Noche.....	110.....	37°,8.

Toma una sémola.

Día 20.... Pulsaciones... 90. Temperatura. 37°.

Se le cura de nuevo, hallándose la herida en buenas condiciones.

Desde el 20 en adelante se le cura en días alternos, porque el desprendimiento del muñón epiplóico lo exige; éste se desprendió, quedando una granulación de buen aspecto. Como tópico se empleó el *glutol*, cuyo medicamento me ha dado siempre muy buenos resultados como antiséptico y cicatrizante.

Al día siguiente—ó sea el 21 de junio—se presenta una parotiditis en el lado izquierdo, que supuró, ocasionándole muchas molestias y deprimiendo mucho el estado moral del paciente. Esta complicación se pudo combatir al cabo de algunos días.

En el día 7 de julio se trasladó á su domicilio de Llavaneras, estando la herida casi cicatrizada. El día 21 del mismo mes se le da de *alta* completamente curado.

***

A muchos comentarios y reflexiones clínicas se presta esta historia, pero me voy á limitar á la diferente conducta que debe seguir el cirujano en las heridas del estómago, cuando éstas son incisas ó por armas de fuego. En las primeras basta una sutura doble ó de tres planos á pocos milímetros de los bordes, porque éstos no han de esfacelarse y son aptos para una buena cicatrización. En cambio, en las heridas por armas de fuego no se deben aplicar los puntos de sutura cerca de los bordes, sino muy lejos y fuera de la *zona probable* de esfacelo, para que cuando éste se efectúe queden ya cicatrizadas las paredes serosas, y la *escara ó los detritus* caigan dentro del estómago y no en la cavidad peritoneal, cuyo accidente produce la muerte rápida y de una manera fatal.

En el *Boletín clínico de la Casa de Salud de Nuestra Señora del Pilar*, me ocupé de la muerte del Presidente Mac-Kinley. Este recibió un balazo que le perforó el estómago. Le practican la laparotomía; hacen la sutura. El operado parecía que iba en buenas condiciones hacia la cicatrización. Al octavo día, por la mañana, los partes telegráficos manifestaban que el herido estaba fuera de peligro y que iba á tomar una sopa, y aquella misma tarde muere en muy pocas horas.

No se explica la muerte de otro modo, ni su estado *satisfactorio aparente*, sino por haber ocluído la sutura los bordes de la herida en los primeros días, y caer la escara, al desprenderse la parte mortificada por el proyectil, en la cavidad peritoneal y producir las fatales consecuencias que esto trae consigo.

UN CASO MÁS DE TABES DORSAL ESPASMÓDICA NO HEREDITARIA

Ó ESCLEROSIS LATERAL DOBLE

POR

DON RICARDO GONZALO

Médico del Cuerpo de Sanidad militar.

S. G., de veintiún años de edad, soltero, natural de Riaño (León) y de oficio labrador.

No refiere antecedente alguno familiar digno de mencionarse, salvo el parentesco de sus padres (primos carnales); y respecto á los suyos, manifiesta haber padecido dos pulmonías á la edad de ocho años y una infección tifoidea á la de catorce, á más de dolores reumáticos en las articulaciones de rodillas y hombros principalmente.

Su enfermedad actual comenzó hace próximamente quince meses, siendo los primeros trastornos que fijaron su atención una gran debilidad y pesadez en ambas piernas, que le dificultaba notablemente la progresión por su cansancio, y dolores, si bien no muy intensos, á lo largo de los dos miembros inferiores.

Acentuóse gradualmente la debilidad, y las dificultades á la progresión fueron creciendo, mas nunca llegaron al extremo de que el enfermo tuviese que servirse de muletas para caminar. Manifiesta asimismo la sensación de tirantez que, cada vez con mayor intensidad, experimenta en los momentos de la progresión y la dificultad notable para verificar ésta al presente sin algún medio que le sirva de apoyo.

En este mismo estado que él refiere, sin nuevo trastorno que fije su atención, permanece hasta el 9 de agosto del año pasado, fecha en que tuve ocasión de verle por vez primera.

Tratábase de un joven bien constituído, en un buen estado de nutrición, de buena musculatura y talla media.

A la simple inspección, lo que primeramente llamaba la atención de quien le observaba, era una serie de ligeras sacudidas de los músculos de ambas piernas, más perceptible en los que constituyen los muslos, y que aumentaban progresivamente de intensidad, hasta el extremo de convertirse en verdaderos espasmos clónicos, á medida que el enfermo fijaba su atención en ellos ó trataba de hacer algún movimiento intencionado ó comunicado.

Al pretender el enfermo levantarse del lecho, no podía efectuarlo sino apoyándose fuertemente en sus brazos y de este modo conseguía incorporar el tronco, pero al mismo tiempo que levantando ambas piernas del plano de la cama, cosa que no podía lograr, si se le mantenían sujetas. Puesto de pié, se notaba que los espasmos musculares eran mayores, las piernas adquirían cierta rigidez, marcándose con bastante claridad bajo la piel, los relieves musculares y el dedo gordo de ambos piés, separábase notablemente de los otros hacia adentro y arriba.

Al intentar marchar, ponían se aún más de relieve los fenómenos notados á la inspección. En efecto, antes de levantar el enfermo del suelo una de ambas piernas, para dar el primer paso de locomoción, comenzaba por inclinar el tronco un poco hacia adelante y al lado opuesto de la pierna que trataba de mover; levantaba ésta con dificultad y ayudado por un movimiento de cadera hacia adelante y volvía á verificar idénticos movimientos en sentido inverso, para adelantar la pierna opuesta. Ya comenzada la marcha, con los detalles que la acabo de describir, se veía cómo los muslos se encontraban en una ligera adducción, próximas por tanto ambas rodillas y formando ambas piernas un ligero ángulo abierto hacia abajo.

Su manera de andar, notablemente espasmódica y contractural, hacía que la punta del pié suspendido fuese arrastrada sobre el suelo en los momentos de avance perezoso, percibiéndose claramente al final de unos cuantos pasos las notables contracciones clónicas de todos los músculos de ambos miembros abdominales.

Ninguna otra particularidad ofrecía á la inspección y exploración de los demás aparatos.

Respecto al nervioso, pude comprobar un exageradísimo aumento de todos los reflejos tendinosos de ambas piernas; bastaba un simple contacto para hacer contraerse todos los músculos, no sólo del miembro tocado, sino hasta los del opuesto; igualmente se hallaban exagerados los cutáneos, musculares y cremasteriano. Nada anormal en lo que á las distintas clases de sensibilidades se refiere.

A la palpación de ambos miembros abdominales notábase la tensión y contractura de todos sus músculos, pero más particularmente de los que constituyen ambos muslos; contractura y tensión que no desapareciendo durante el sueño normal ni el clorofórmico, se traducía en lo subjetivo, como dije al principio, por una sensación de debilidad dolorosa y contractural que el enfermo aquejaba, paulatinamente creciente desde el comienzo de su enfermedad.

De todo lo expuesto se deduce: que por sus marcadas contracturas permanentes, por su marcha espasmódica, sus contracciones fibrilares, su exageración de reflejos y demás síntomas señalados, así como por la ausencia de aquellos otros que, cual la atrofia muscular, los trastornos de vejiga y recto ó cerebrales, pudieran hacer pensar en procesos distintos ó combinados con el que presentaba, de la misma manera que por la falta absoluta de antecedentes claros y precisos de intoxicaciones, únicos capaces de hacer pensar en mielitis tóxicas, á más de su estado estacionario durante quince meses, más bien progresivo, el sujeto cuya historia acabo de exponer padece una *tabes dorsal espasmódica no hereditaria;* cuadro clínico cuya lesión anatómica se halla representada, como generalmente se admite, por la *esclerosis ó degeneración de ambas vías piramidales.*

Tal fué el diagnóstico que emití, y á continuación expongo las reflexiones médicas que el caso presente me sugiere.

Creo que, dada la claridad con que en este enfermo se nos ofrece el cuadro clínico de la tabes dorsal espasmódica, así como el escaso interés terapéutico que nos ofrece al objeto que me propongo, son razones que me dispensan el haber suprimido en su historia su diagnóstico diferencial, su pronóstico y su tratamiento.

De más utilidad considero el explicar ciertos detalles de la historia de este enfermo, que servirán para hacer comprender con claridad aquello que pudiera separarle de los demás enfermos de tabes dorsal espasmódica, y ello es lo que voy á exponer.

En efecto, no es la edad de este enfermo aquella en la que generalmente se nos ofrecen esta clase de padecimientos. Figurando, como figuran, en la etiología de esta enfermedad causas tóxico-infecciosas que, obrando larga y constantemente sobre el organismo, llegan á determinar hondas lesiones nerviosas, como las que caracterizan esta dolencia, era necesario que los años, sucediéndose en larga serie, viniesen, por la acumulación de los múltiples episodios de la vida, á hacer la lesión profunda, nerviosa, de esta clase de padecimientos; y en nuestro enfermo vemos, por el contrario, que aun en edad relativamente temprana se ha originado la lesión, habiendo, por lo tanto, una desproporción entre la edad del enfermo y la intensidad de la lesión.

No posee tampoco, entre sus antecedentes, los de aquellas infecciones é intoxicaciones que, cual la sífilis, el alcoholismo y el tabaquismo, por ejemplo, aisladas ó juntas, hacen en mucho ó poco

tiempo respectivamente lesiones hondas, de cuya cuantía nos darían claro testimonio.

Pero no obstante esta aparente discrepancia etiológica, no por eso deja de comprenderse bien este enfermo y explicarse suficientemente y á satisfacción el por qué de su enfermedad, si consideramos: por un lado, el parentesco de sus progenitores, que ya de algún modo pudo dejarse sentir, quizá creándose en él, ya que no una aplasia general, al menos algún aparato más débil y de construcción más endeble que los otros, y ninguno más susceptible para ello que el nervioso, dada su delicadeza estructural; y de otro, aquellas infecciones, acaso pneumocócicas (dos pulmonías) de bacilo de Eberth y reumáticas, que si cada una de por sí no es bastante para hacer una lesión profunda de sistema nervioso, las tres juntas y padecidas en temprana edad como nuestro historiado, y con sus posibles huellas nerviosas heredadas, son más que suficientes para darnos sobrada razón de los motivos que tuvo para enfermar y para enfermar de tan grave lesión en edad tan temprana.

No existen iguales claridades en lo que á su patogenia se refiere, pues así como fácilmente se comprende y se explica la degeneración descendente de un solo manojo piramidal, en la compresión de dicho manojo en cualquier punto de su trayecto (hemorragia de cápsula interna, mielitis transversa, etc.), así es igualmente difícil comprender en nuestro enfermo la clase especial de lesión que de una manera tan escueta y exclusiva ha lesionado ambos manojos piramidales, pues dado su cuadro clínico tan claro y preciso, es de suponer tal lesión.

No existen síntomas cerebrales que nos hagan pensar en lesión encefálica, así como tampoco de compresión medular que pudieran haber originado degeneración descendente de manojos motores y ascendente de sensitivos, y será por tanto necesario pensar para comprender su patogenia lesional y al mismo tiempo fundamentar el diagnóstico, en la posible unión y combinación de las causas etiológicas que hemos señalado.

Consideradas como causas originales de la enfermedad, ya vimos que eran más que suficientes para darnos razón de los motivos de la misma, así como de sus especiales condiciones, edad del enfermo é importancia de la lesión. Pues bien, consideradas ahora como causas del mecanismo patogénico, sirven también para hacerlo comprensible; pues no es forzoso el suponer que si la consanguinidad de sus padres influyó sobre la construcción de su sistema ner-

vioso principalmente, lo hiciese quizá con intensidad distinta en los diferentes sistemas de fibras medulares, para que luego las causas tóxico-infecciosas que sobre él obraron, dejaran sentir sus efectos con mayor intensidad en unos que en otros sistemas. Sólo así puede concebirse en este enfermo esa especial predilección que los agentes tóxico-infecciosos tuvieron para lesionar exclusivamente y con tanta precisión ambos manojos piramidales.

Ahora bien, ¿el presente caso puede figurar como un apoyo más en favor de la autonomía morbosa de la tabes dorsal espasmódica? Tal creo y como tal le presento, á pesar de no poder ir acompañado de autopsia, como los dos últimamente presentados por Strümpell y Dejerine y Sottas, si bien el primero de ellos no presentaba el cuadro clínico de la tabes dorsal con la claridad y precisión que le ofrecía este enfermo.

Partidario soy de la autonomía morbosa de tal proceso; como tal creo que debe ser considerado por poseer un cuadro clínico bien determinado, como lo demuestra éste y otros enfermos, su lesión típica y su concordancia con la fisiología patológica medular, pero me llevaría muy lejos de mis propósitos el razonar suficientemente tal manera de considerar esta lesión y por esta razón termino la presente historia clínica, en la que únicamente me proponía aportar *Un caso más de tabes dorsal espasmódica no hereditaria ó esclerosis lateral doble.*

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Las ideas modernas sobre la etiología y epidemiología de la fiebre tifoidea. — II. Limpieza y desinfección de la boca; inconvenientes del salol.—III. Trastornos psíquicos debidos á la insolación.—IV. Miasis en el hombre. — V. Las cigarreras y sus partos y prole. — VI. Preceptos higiénicos para después del parto.

I. Las ideas sobre la etiología y epidemiología de la fiebre tifoidea han cambiado por modo notorio en estos últimos tiempos. La hipótesis de Pettenkofer, relativa al papel del suelo y del agua telúrica, está hoy abandonada con razón. La acción del agua como vehículo

es indudable, pero no representa ella toda la etiología; y si es verdad que el mejoramiento del servicio de aguas potables ha disminuído las epidemias, no lo es menos que las hay todavía independientemente del origen hídrico ó de otro alimento cualquiera, sobre todo en los países rurales. En cambio, ganan terreno el contagio directo por el enfermo mismo y el contagio indirecto por las evacuaciones ó los objetos infectados por éstas.

Los individuos atacados de fiebre tifoidea ligera, muy ligera en ocasiones, que no son tratados ni guardan cama, y en los cuales sólo es posible el diagnóstico mediante el examen bacteriológico, son de lo más temible. Este, cuando ha sido hecho, ha revelado el punto de partida de varias epidemias graves. En los niños es frecuente la fiebre tifoidea ambulatoria.

Mas cuando aparecen casos, por decirlo así, autóctonos, cuesta trabajo explicar esas larguísimas incubaciones, y se ha pensado en que el bacilo goza en el suelo ó en el agua de una gran resistencia á partir del día en que fué depositado por esos enfermos ambulantes; pero esta hipótesis deja mucho que desear y no explica todos los hechos.

Frosch, al iniciarse las investigaciones para combatir la epidemia del S. O. de Alemania, notó que había *casas, grupos de casas de fiebre tifoidea*, en que sólo eran atacados los nuevos moradores, quedando indemnes los antiguos, y dió á este hecho el nombre de «inmunidad regional contra la fiebre tifoidea». Supone que los bacilos tifoideos siguen viviendo como saprófitos en los individuos antes atacados y que las materias fecales y la orina de éstos puede producir nuevos focos de infección. Cuando formuló esta hipótesis, las observaciones que podían apoyarla eran escasas (Drigalski había visto el bacilo en las materias fecales de un hombre sano hacía cuatro meses, y Dönitz en la orina de una mujer curada hacía siete).

Una vez llamada la atención sobre este punto, las investigaciones han sido probatorias, especialmente en los puntos en que reina la fiebre tifoidea. Lentz, en siete de estas zonas, halló, hasta el 31 de enero de 1905, 98 individuos *baciliferos crónicos* persistentes, ó sea un 4 por 100 de los individuos examinados, sin que le fuera dable averiguar en casi ninguno de ellos que hubieran tenido fiebre tifoidea. El calificativo de *baciliferos crónicos* sólo se emplea después de la décima semana de acabados todos los trastornos de la fiebre tifoidea ó de la recaída si la hubo. Dura la salida de bacilos de tres á cuatro años, por término medio, pero la notó en un individuo nada

menos que á los cuarenta y dos años de curado. Los bacilos salen en gran cantidad, alguna vez en estado de cultivo puro, siendo de notar que hay pocos ó no hay colibacilos; tienen todos los caracteres físicos, químicos y biológicos de los bacilos tifoideos; gozan de virulencia, y si los individuos que los albergan no recaen de continuo, tal vez se deba á cierta inmunidad hija del primer ataque y á que los tejidos en que se alberga el germen poseen inmunidad local, entendida ésta en el sentido que le dan Wassermann y Citron, ó á que no llegan á su residencia los denominados anticuerpos. Por último, son más frecuentes en las mujeres que en los hombres (16 por 22), no poseemos medios para desembarazar al organismo de estos microbios, pues el que más es de acción pasajera, y deben residir en algún punto que los haga inaccesibles á los medicamentos.

Así las cosas y habida cuenta de que la vesícula biliar suele contener el bacilo tifoideo hasta años después de la infección, se han hecho investigaciones en este sentido y se ha visto que con frecuencia existe en aquélla en estado de cultivo puro, que lo hay en los cálculos biliares (operados) hasta sin haber antecedente alguno de fiebre tifoidea y que no es raro en la colecistitis (Lenz, Forster, Kayser). Por otra parte, la experimentación en los animales (inoculación sanguínea), hecha por estos autores y por Dörr, demuestra que los bacilos quedan retenidos en la vesícula durante cuatro y más meses, en la que suelen producir colecistitis, y que en ella no tardan en instalarse. Aun cuando, por ser la fiebre tifoidea un padecimiento exclusivamente humano, estos experimentos no tienen valor absoluto, dada su concordancia con los otros hechos, contribuyen á pensar que es la vesícula un depósito de bacilos que van saliendo con las deposiciones. De este modo se explica que sean más frecuentes en la mujer que en el hombre, pues también son más frecuentes en ella las afecciones de la vesícula biliar, así como que salgan los bacilos ya continua, ya intermitentemente, pues la colecistitis tifoidea es crónica unas veces y con recidivas otras.

Es, pues, el hombre, el *bacilífero crónico*, la fuente incesante de toda infección nueva, directa ó indirectamente (agua, suelo, alimentos). Así se concibe los casos cuya etiología pasaba inadvertida, y adquiere importancia la infección por contacto; se concibe también que cerrando pozos ó prohibiendo tomas de agua sospechosa se hacía algo, pero no se atacaba la causa de las epidemias, sobre todo en las comarcas rurales.

Llamada la atención hacia este punto en virtud de las investiga-

ciones hechas para combatir la epidemia del S. O. de Alemania, lucha entablada según los planes de Koch, éstas revelaron ante todo el concepto de que es la fiebre tifoidea una de las infecciones más contagiosas (1). Hay individuos que permanecen indemnes á pesar de haber usado el agua, leche, suelo, etc., que usaron los enfermos. El papel principal en el contagio corresponde á éstos: excreta, ropas, objetos que emplearon, etc., y sobre todo á las manos, que se impurifican con cantidades mínimas de materias fecales, de orina, de esputos, etc. (por eso es tan frecuente la fiebre tifoidea en los niños).

Conocidos estos hechos, la profilaxis debe consistir: en aislar al enfermo, destruir inmediatamente todos los excreta, desinfectar ropas, ajuar, camas, etc., desinfección esmerada de las manos en los que cuidan del infecto, examen de las personas invadidas pero todavía no enfermas y de los bacilíferos crónicos, cuyas deposiciones deben ser desinfectadas, y á quienes se les ha de prohibir toda intervención en el comercio de la leche. Esto, hecho con constancia, y las medidas generales de higiene, reducirán mucho la morbosidad por fiebre tifoidea, ya que no es fácil acabar con ella. (*Berlin. Klin. Wochens.*, 1906).

II. El salol, tan usado en la antisepsis de la boca y de la piel, presenta graves inconvenientes (Brocq), hecho confirmado por Carle y Point (*Lyon médical*, 1906), quienes reunen un buen número de observaciones muy decisivas. Hay entre ellas las de cinco individuos de una familia, afectos de herpes labial hacía muchos meses, que curaron pronto suprimiendo un dentífrico en que entraba el salol. Por tanto, siempre que se trate de un herpes labial ha de investigarse si anda de por medio el salol. Igual es la opinión de Besnier y la de Thibierge, para quienes este cuerpo es una substancia eczematógena en alto grado. La erupción comienza, por regla general, en la comisura, se acantona en ella más ó menos tiempo y al fin se extiende á los labios y en algunos individuos á las mejillas. Persiste mientras dura la causa.

Otros antisépticos tienen el mismo inconveniente: fenol, sublimado, etc.

(1) La epidemia empieza siempre por un caso de origen conocido ó no; á las dos ó tres semanas (período de incubación) son invadidas las personas que estuvieron en contacto con el enfermo; siguen luego los de la misma casa, los de las vecinas y, en fin, los alejados, hasta que se extingue la epidemia ó se pierde el rastro.

La antisepsis de la boca tiene mucho de ilusoria y el empleo de desinfectantes es inútil, cuando no peligroso. En ciertas afecciones los lavados antisépticos de la boca son provechosos, pero en la práctica ordinaria la adición de un antiséptico es supérflua y de ordinario es irritante.

Un buen dentífrico debe ser sobre todo de acción mecánica, y la limpieza de los dientes es cuestión de cepillo. El mejor dentífrico es el más sencillo; por ejemplo:

Carbonato de magnesia.....	10 gramos.
— de calcio.....	10 —
Esencia de menta.....	XX gotas.

Se carga el cepillo con bastante polvo y se empieza por las caras triturantes de todos los dientes, y luego las laterales de arriba abajo para los superiores y de abajo arriba para los inferiores; así se limpia también los intersticios y no se empuja los cuerpos extraños bajo el cuello. La limpieza debe extenderse á las encías y dorso de la lengua.

La operación ha de hacerse después de cada comida, cuando menos mañana y noche, sobre todo de noche, pues durante ésta la saliva es menos abundante, hay escasos movimientos y las fermentaciones son más fáciles que de día. A la falta de limpieza nocturna hay que atribuir las gingivitis y las caries dentarias. Rose, de Munich, ha dicho: « No te olvides, sobre todo, de limpiarte la boca de noche. El que no se lava la boca más que por la mañana, se parece á aquel que cierra la puerta del establo cuando ya ha salido la cabra ».

III. La insolación prolongada é intensa, cual la de la zona tórrida y la que sufren en nuestras comarcas meridionales los agricultores y los soldados, determina varios trastornos psíquicos: insomnio, cefalalgia, ataques epileptiformes, torpeza intelectual, etc. Meiguié (*Thèse de Bordeaux*, 1906) llama la atención sobre otro: la *amnesia*.

Esta amnesia, variable en sus formas y más ó menos absoluta, la hay en todos los casos y de ordinario es intensa. Sólo existe tan completa en la eclampsia y en la polineuritis. Puede ser *retrógrada*, con sus dos variedades *lacunar* y *difusa* (ó *crepuscular*) y *anterógrada*, ya de *fijación*, ya *actual*. En unos casos la insolación es la única causa, en otros va unida á otro factor: al alcoholismo, paludismo, sífilis, etc.

IV. Los casos de miasis, ó desarrollo de larvas procedentes de dípteros, son raros en el hombre (más comunes en las comarcas tó-

rridas que en las nuestras), pero se les debe tener presentes para explicarse ciertos hechos, cuyo génesis puede pasar inadvertido. Dequen (tesis de París, 1906) ha estudiado este capítulo.

Las larvas de las moscas han sido observadas en todos los puntos accesibles á estos insectos y hasta en algunos que no era de prever: piel y tejido celular subcutáneo de la piel del cráneo, frente, pecho, miembros, espalda, conducto auditivo externo, fosas nasales, ojos, conductos lagrimales, ombligo, ano, senos frontales y maxilares, encías, dentro de las mejillas (Hope), faringe (Heysham), estómago (Hope, Yule, Kirby, Thompson, Reeve, Kellie, etc.), intestinos (Hope, White, Brera, etc.), vejiga de una mujer (Ziegler), uretra de un hombre (Turner, Breyset), vagina (Lallemand). En unos casos entran las larvas con los alimentos (frutos averiados, carne pasada, queso, etc.); en otros son depositadas insidiosamente y durante el sueño.

Dequen se ocupa especialmente en las larvas *cavicolas*, en las que entran en las cavidades nasales, oculares, auriculares, senos frontales y maxilares. Casi todos los casos se refieren á los múscidos y algunos, dudosos, á los éstridos, y todos recaen en individuos de una suciedad repugnante, en borrachos, bulímicos, ozénicos y ulcerosos de toda jerarquía. Las larvas más frecuentes de la familia de los múscidos han sido en América el género *Lucillia*, y en Europa el *Sarcophila* (Rusia) y el *Sarcophaga* (Francia). Las alteraciones oscilan entre el picor, cosquilleo, etc., del principio hasta la muerte. Hay que desembarazarse de ellas á toda costa, incluso el empleo de la trepanación. En Rumanía y en Inglaterra se usa por el vulgo el beleño, fumigando é inhalando con hojas secas y frutos ó rociando con el agua.

V. Es sabida la mala influencia de la intoxicación nicotínica sobre el embarazo. El Dr. J. Livon da á conocer (*Marseille médical*, 1906) sus observaciones.

Una mujer con 14 embarazos: 7, antes de entrar en la fábrica, acaban bien, y 7 mal desde que entró. Otra: 10 embarazos; todos terminaron en aborto. Otra: 8 embarazos, de los cuales sólo concluyeron bien los dos últimos por haber salido de la fábrica.

No menos evidente es la acción nociva del tabaco sobre los hijos que nacen con vida, más pequeños, enclenques, de mala dentición y poco resistentes (Delaunay, Quinquaud, Goyard). En el Havre, de 376 nacidos, murieron 223 (Piasecki); en Yglau, de 453, hubo sólo 11 muertos al nacer, pero luego sucumbieron 206, de ellos 101 de enfer-

medâdes cerebrales y medulares con convulsiones, 9 de meningitis y 3 de hidrocefalia crónica (Kostial). En otra estadística hay 110 muertos en los tres primeros meses, 160 en los seis siguientes y 181 varios meses después.

Los fallecimientos ocurren en su mayoría del segundo al cuarto mes, época en que la madre vuelve á su trabajo y da á su hijo leche «nicotizada» (Vinay), de olor de tabaco. La única manera de salvar estos niños es abandonar la lactancia materna.

VI. Beuttner establece las siguientes reglas para la higiene después del parto (*Soc. d'Obstét. et de Gynéc. de la Suisse romande*, 1906), después de hacer la crítica de las divergentes opiniones que hay sobre la materia:

1.ª Lavado de los órganos genitales externos, una vez hecha la toilette consecutiva al parto, mediante un simple riego de la vulva, mañana y noche, con una solución antiséptica ligera ó simplemente agua esterilizada.

2.ª Abstención de las inyecciones vaginales, más nocivas que útiles.

3.ª Usar la escupidera de cama, mejor la prolongada que la redonda, caletándola antes y desinfectando los bordes.

4.ª Comprobación del estado del útero, hecha por el mismo médico, una ó dos horas después del parto.

5.ª Permanencia en cama durante un tiempo que ha de variar según la constitución, posición, etc., de la mujer. En los casos completamente normales se puede permitir se levante al noveno ó décimo día. Debe permanecer en decúbito supino los dos primeros días; á partir del tercero, se le puede conceder permanezca de lado.

6.ª La habitación debe ser espaciosa, fácil de ventilar y de limpiar y á una temperatura de 18° á 19°.

7.ª La cama ha de ser accesible por todos lados.

8.ª La ropa de cuerpo será amplia, blanda y apta para absorber la transpiración.

9.ª La alimentación consistirá, en los dos primeros días, en leche, huevos y caldo, reservándose la más substancial para después del tercero ó cuarto, una vez evacuados los intestinos.

10. La parida debe orinar cada tres horas; si hay retención, masaje del bajo vientre, riego de la vulva con agua caliente y hasta levantar á la puérpera especialmente mediante almohadas puestas en la espalda. Si todo esto fracasa, hay que sondar.

11. Se procurará vaciar el intestino al tercer día, pero no se usará las aguas minerales en las mujeres que lactan.

12. Se tomará la temperatura y el pulso mañana y noche, y más veces si es menester.

13. Para el tratamiento de las paredes abdominales se usará una faja especial, aplicada seis horas después del parto.

14. Hay que recomendar la lactancia materna.

15. Las mamas serán cubiertas con una tela muy fina y limpia, lavada con agua bórica, antes y después de cada tetada.

16. Ergotina, si no hay contracciones del útero; si son dolorosas, un enema laudanizado ó la aspirina recomendada por von Herff.

En la discusión consecutiva dijeron:

Bourcart: Que para restablecer el equilibrio abdominal, roto por la expulsión y revelado por la flaxidez del regulador (saco abdominal muscular y uterino) y por el éxtasis venoso del vientre, hay que activar la circulación con un masaje centrípeto, excitar los centros vasomotores del simpático y sostener los músculos con una faja elástica circular.

Rossier: Que, con arreglo á lo que se hace en Alemania, autoriza en los casos normales á que se levante la parida á los cinco ó seis días, previo un examen de la vagina hecho con guantes. No ha notado inconveniente alguno. Además, no purga sistemáticamente al tercer día.

Bastian: Que antes del parto ordena inyecciones con lisoformo, pero no después del parto. Prescribe aceite de ricino en los dos días primeros.

Muret: Que pone á las puérperas de lado desde el tercer día, época en que está el útero contraído definitivamente; que para favorecer la regresión de los músculos abdominales se ha de poner una faja bien apretada, usar los purgantes en abundancia, no dar una alimentación abundosa y ejercitar los músculos haciendo sentar á la parida desde la primera semana. Para robustecer el suelo de la pelvis usa inyecciones vaginales astringentes de alumbre ó de acetato alumínico; si hay tendencia al prolapso ó á la retroflexión, coloca torundas empapadas en glicerina y acetato de plomo. Cree que no debe durar más de quince días la permanencia en cama.

Bétrix: Que se ha de individualizar en estos casos, debiendo ser de veinte días como máximum y de doce á quince como mínimum la permanencia en cama; añade que la práctica alemana (Küstner) ha sido impugnada por Olshausen. Respecto á la evacuación intes-

tinal, emplea un ligero purgante después del parto, crie ó no crie la mujer. No recurre á la sonda sino en caso extremo, pues el cateterismo repetido produce cistitis.

Beuttner interviene de nuevo: la dilatación uretral es preferible al cateterismo; cuando recurre á éste emplea el helmitol.

Roux echa mano del clorato potásico en caso de tener que sondar, y añade que la orina es tanto más antiséptica cuanto más ácida.

Muret, por último, procura que sus paridas ú operadas aprendan á orinar estando acostadas. Purga desde el segundo día.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 19 de Noviembre de 1906.

Cirugía conservadora del testículo.—El Dr. *Goyanes*, después de hacer una breve reseña histórica de esta naciente cuestión, expone el interesante caso siguiente: Un joven de treinta y dos años presentaba en la parte superior externa del lado izquierdo del escroto un trayecto fistuloso por donde salía exudado seropurulento; el testículo estaba algo indurado, el epidídimo engrosado y duro.

Tratábase de una tuberculosis localizada al epidídimo, y habiendo leído en los *Archivos de Langenbeck* una operación aplicada á otros casos semejantes, encaminada á conservar la función testicular, se decidió á practicarla en el presente caso. Circunscribió la fístula con dos incisiones, abrió la vaginal, desprendió el epidídimo que estaba duplicado de volumen y lo extirpó, respetando la arteria espermática para evitar la necrosis del dídimo; extirpó un trozo del vas deferens y anastomosó el conducto deferente con la rete testis. Para ello hizo una incisión profunda en el comienzo del *cono vasculoso de Haller*; luego seccionó longitudinalmente el vaso deferente y suturó con catgut los bordes á los de la incisión del cono vasculoso, cubriéndolo después con la túnica albugínea.

El resultado fué brillante; el vaso deferente quedó normal y firmemente fijado al testículo; no se puede saber si la función se ha restablecido, porque conserva el otro testículo. Pero piensa repetir la operación en otro enfermo con tuberculosis de ambos epidídimos, en el cual será interesantísima, porque en él se podrá aclarar este punto.

Malgaigne ya había extirpado el epidídimo aisladamente para conservar el testículo, glándula de secreción interna muy importante. Bardenhauer

establecía la continuidad á expensas de la cápsula del epidídimo, colocando hebras de catgut entre el testículo y la sección del conducto deferente y suturando la cápsula epididímica por encima de las mismas.

Un autor italiano, Scaduto (de la Clínica de Durante, de Roma), ideó practicar en los animales la anastomosis del vas deferens con la red de Haller (resección total del epidídimo) y con la cabeza del epidídimo (resección parcial del mismo), observando que la continuidad se establecía y se conservaba la función sexual.

Rasumowski, en los *Archivos de Langenbeck*, 1902, comunicó cuatro operaciones de cirugía conservadora, dos de resección total del epidídimo y dos de resección parcial. También fueron casos unilaterales, y por eso no pudo saberse si la función quedó conservada.

En los casos de resección de la cola del epidídimo, Scaduto anastomosó por enchufe el conducto deferente, haciendo una especie de túnel en la cabeza del epidídimo. Esto tiene su razón de ser, puesto que la naturaleza tiene tendencia á restablecer la conducción del líquido espermático, y con la anastomosis por enchufe se facilita, se ayuda esta tendencia conservadora.

La última operación conservadora será la resección del vas deferens. En estos asuntos hay muy poco hecho, y sólo cinco observaciones que Goyanes ha recogido no autorizan para sentar conclusiones definitivas.

El Dr. *Barragán*, después de felicitar al Dr. Goyanes y aplaudir sus tendencias conservadoras, cita cinco casos personales de extirpación del epidídimo conservando la glándula testicular; pero, en verdad, sin hacer la operación citada por Goyanes.

El Dr. *Cifuentes* muéstrase también partidario de la cirugía conservadora de la función testicular, y más tratándose de sujetos jóvenes. Realmente, el ideal en estos casos es la operación citada y hecha por el Dr. Goyanes.

Refiere un caso de extirpación del epidídimo, en el cual practicó la operación á lo Bardenhauer; en él la anastomosis hubiera sido imposible, porque el vaso deferente estaba lesionado y hubo que extirpar un gran trozo, imposibilitándose la aproximación al testículo.

El Dr. *Goyanes* ve con agrado que las tendencias conservadoras son aceptadas por sus colegas.

Sobre la epidemia actual de fiebre tifoidea. — El Dr. Valle y Aldabalde: Desde primeros de octubre de este año vienen siendo tan frecuentes en Madrid los casos de fiebre tifoidea, que puede decirse sin exageración que se trata de una epidemia. La aparición simultánea de casos en puntos muy distantes de la población, induce á pensar en una causa general, tal como la contaminación de las aguas del Lozoya. Verdad es que hay endemias y epidemias de fiebre tifoidea que se ha demostrado no son debidas al agua, sino al suelo, y yo mismo conozco alguna comarca minera de Asturias donde esta última hipótesis es la más racional, puesto que se trata de personas que consumen el agua potable de fuentes muy distintas y apartadas, y, por otra parte, llevan entre sí tan poca relación, que no cabe pensar en un contagio directo; pero en Madrid no me atrevería á afirmar que el origen de la infección es telúrico y no hídrico, mientras investigaciones muy detenidas no diluciden este punto.

Tampoco he observado en la epidemia actual los llamados focos domésticos ó epidemias de casa, que he visto en alguna otra epidemia de esta misma capital.

Las formas que he tenido y estoy teniendo ocasión de tratar, tanto en el hospital como en la población, son leves, y sin duda por eso la epidemia no ha preocupado á la opinión, á pesar de su existencia indudable.

Presentan las fiebres actuales algunas particularidades que han sido el motivo principal de mi comunicación.

Una de ellas es la frecuencia de la roseola, y sobre todo, su intensidad, y en algunos su difusión, habiendo habido más de un enfermo en que llegué á dudar si se trataría del tifus exantemático, á pesar de que el haberse iniciado el exantema por el vientre, no haberse convertido en petequial, y, sobre todo, los demás síntomas, me inclinaron el ánimo al diagnóstico del tifus abdominal.

En cambio, el infarto del bazo es en la epidemia actual poco común y poco acentuado. Tampoco es muy frecuente la diarrea, sobre todo de los casos no tratados con purgantes. Excusado es decir que por lo mismo que se trata de formas leves, la cifra térmica asciende poco, y los fenómenos nerviosos apenas se ponen de manifiesto. Tampoco han sido frecuentes las epistaxis, pero en un caso llegaron á adquirir bastante intensidad.

Por lo mismo que muchos de los casos eran tan borrosos en su sintomatología, apelé en el hospital al suero diagnóstico de Ficker, habiéndose encargado de este examen uno de mis alumnos, el Sr. Marañón. Ahora bien; en todos los casos, menos en uno, pero en cambio también en el de exantema abundante y generalizado, se presentó la suerorreacción con carácter positivo, y, por el contrario, dió resultado negativo con el paratifus B en uno de los casos en que se hizo este examen de comprobación. También fué positivo el resultado del examen hecho por el Sr. Marañón en otros casos de otras salas del Hospital provincial, y en alguno del Asilo de las Mercedes, en que se recurrió á este medio de exploración.

Un síntoma que creo puede tener alguna importancia, no obstante lo que hase dicho en contrario, es el gorgoteo en la fosa ilíaca derecha, sobre todo si se confirma que también se presenta, como yo he abservado en algunos casos, sin existir diarrea, y no como se ha dicho, sólo cuando se presenta este último síntoma.

He comprobado en algunos casos el síntoma de Bernard, ó sea la presencia, apreciada por la palpación, de tumorcitos como almendras, de la fosa ilíaca derecha, que no deben ser otra cosa que los infartos ganglionares que sabemos se producen en el tifus abdominal. Claro está que la exploración necesaria para descubrir este signo ha de hacerse con cuidado si recordamos que hacia dicha zona caen las asas de intestino donde más abundan las lesiones propias de la tifoidea.

Del tratamiento poco he de decir. Tratándose de casos leves, casi basta con la simple expectación, sin necesidad de acudir á los baños, ó todo lo más uno á la caída de la tarde, más que como defervescente, para estimular las funciones de la piel y del riñón, como medida de limpieza y con el objeto de favorecer el descanso nocturno.

En estos últimos tiempos se ha vuelto á hablar de la quinina en la fiebre

tifoidea. No la creo necesaria, y todo lo más entiendo que se puede usar como medio auxiliar de la hidroterapia, pero nunca por mucho tiempo seguido.

Sólo he tenido un caso de recaída, y como ha sido precisamente un enfermo en el que anduve un poco más de prisa que de costumbre en permitir alimentación sólida y el abandono del lecho, creo que la recaída fué debida á tales circunstancias y que este hecho nos enseña una vez más la circunspección con que se debe proceder en el alimento y en el abandono de la cama, aunque se trate de formas leves de tifus abdominal.

PERIÓDICOS

Placenta previa.—En *El Confidente de las Ciencias Médicas*, de Jerez de la Frontera, publica el Dr. D. Rodolfo del Castillo y Ruiz el caso clínico referente á M. R., de cuarenta años de edad, casada, natural de Toledo, cuya primera regla tuvo lugar á los quince años, siendo desde esta fecha sus menstruaciones perfectamente regulares, solamente suspendidas durante cuatro embarazos llevados felizmente á término y en los que los partos y puerperios evolucionaron de una manera fisiológica, el último de los cuales databa de cuatro años fecha. El año próximo pasado se sintió de nuevo embarazada y todo marchó á pedir de boca hasta el mes séptimo de su nueva gestación (septiembre), en que un día al levantarse y sin haber notado molestia alguna, se encontró manchadas las ropas de sangre, procedente de una hemorragia genital no nada escasa; guardó absoluto reposo y á los cuatro días pudo abandonar el lecho completamente restablecida; poco duró este estado, pues la hemorragia reapareció al poco tiempo con más intensidad, siendo combatida con reposo y un taponamiento que le hizo el profesor que la asistía; desde esta fecha las pérdidas sanguíneas tan pronto aparecían como cesaban, siendo este motivo suficiente para que su médico le aconsejase la conveniencia de ser examinada por un especialista, y en tal situación tuvo ocasión de explorar á esta señora, precisamente al mes de haber tenido su primera metrorragia. El estado general de la paciente era bastante bueno, sin que las pérdidas sanguíneas que padeciera hubieran hecho mella en su organismo suficientemente robusto; se trataba de una embarazada en el octavo mes, presentando todos los signos propios de la gestación en esa época; el feto, cuyos latidos cardíacos no acusaban sufrimiento alguno, aún no estaba encajado; el tacto vaginal denunciaba un reblandecimiento muy marcado del cuello, que estaba ligeramente dilatado, acompañado de un engrosamiento bastante manifiesto del segmento inferior del útero, apreciable principalmente en el fondo del saco vaginal izquierdo y mitad izquierda de los fondos anterior y posterior, lo que unido á la falta de encajamiento del feto hacían difícil la percepción del peloteo vaginal. Piensa el Dr. Castillo en una inserción baja de la placenta, y dado el buen estado general de la embarazada, la ausencia de fenómenos de

parto y la relativa escasez de la hemorragia, se limitó á prescribirle reposo absoluto, irrigaciones vaginales calientes y enemas laudanizados, advirtiéndole que si la hemorragia reaparecía con intensidad ó si su estado general se alteraba, avisara inmediatamente.

Cesaron aquéllas, hasta el 19 de noviembre que fué llamado con urgencia por haber reaparecido el flujo sanguíneo con caracteres alarmantes, acompañado de contracciones uterinas dolorosas. Encontró á la enferma con una abundante metrorragia, efecto de la cual su estado general había decaído de un modo considerable; la vagina, por la que salía sangre mezclada con coágulos, estaba llena de éstos; el cuello uterino dilatado, con un diámetro próximamente equivalente al de una moneda de dos pesetas, á través del cual se apreciaban las membranas completamente intactas y cotiledones placentarios en el hemicírculo izquierdo, el feto se presentaba de vértice en posición OIIA.; las contracciones uterinas se producían cada diez, cada cinco minutos. El parto, pues, había comenzado; el diagnóstico de placenta previa no ofrecía duda.

Siguiendo la práctica de Pinard, desinfectó vulva y vagina y rompió las membranas extensamente con objeto de evitar nuevos desprendimientos placentarios y ver si conseguía que el ovoide cefálico se encajase y actuando de tapón contuviera la hemorragia; por el momento ésta pareció cesar, mas volviendo á reaparecer casi en seguida, se decidió á vaciar el útero, practicando al efecto la versión podálica por maniobras internas, consiguiendo extraer un feto muerto, é inmediatamente hizo el alumbramiento artificial.

La operación resultó fácil por tratarse de un cuello perfectamente dilatable; seguidamente se le practicó un lavado intrauterino con agua esterilizada á 38° centígrados y se le inyectaron 300 cent. cúb. de suero Hayem en el tejido celular de la región infraclavicular, con el fin de provocar una pronta reacción, pues encontrábase la operada en un estado sincopal grave; fué rodeada asimismo de calentadores, teniendo la suerte de ver al poco tiempo iniciarse la reacción, que fué en aumento progresivo hasta completarse. El curso post operatorio, así como el puerperio, fueron excelentes y todo hubiera marchado perfectamente á no ser por una ligera flegmasía *alba dolens* de la pierna izquierda, que se presentó al dozavo día de la operación y que eficazmente combatida mediante el reposo absoluto del miembro afecto, tuvimos la satisfacción de dar de alta á nuestra puérpera completamente restablecida á los veintiocho días de operada.

A propósito del caso, dice el Dr. Castillo: En los últimos tres meses del embarazo y como resultante de las contracciones uterinas indoloras que normalmente se producen (Pinard) y de la mayor amplificación del segmento inferior del útero (Auvard), se desprenden las membranas ovulares de la pared uterina, á mayor ó menor distancia y á partir del orificio interno, desprendimiento que se continúa durante el parto y termina en el alumbramiento; pues bien, si la placenta está inserta en el sitio donde este desprendimiento se efectúa, sucederá, ó que la placenta se desinserte, dando lugar á hemorragias más ó menos intensas, según la zona de despegamiento, ó que la inserción placentaria resista y el córion atirantado ceda y se rasgue, dando por resultado la rotura de las membranas, mas no se

limitan á esto las cosas, sino que tanto uno ú otro fenómeno al producirse pueden dar origen á la expulsión prematura del huevo y de aquí la frecuencia del parto prematuro en la placenta previa; finalmente, ocupando la placenta una parte del segmento inferior del útero, impide el encajamiento de la parte fetal y en su consecuencia es motivo frecuente de presentaciones viciosas del feto.

A estos cuatro fenómenos queda reducida la sintomatología de la inserción baja, aparte de los signos físicos de todos conocidos, síntomas que según su presentación y su intensidad serán el punto de partida y base del tratamiento que se debe de poner en práctica. Sin embargo, el más temible de todos los accidentes es la hemorragia, y puede decirse de ella que absorbe por completo la terapéutica de la placenta previa.

Si la hemorragia no es muy intensa, no altera el estado general de la embarazada, el feto no acusa sufrimiento y el cuello está cerrado y no es dilatable, máxime si esto acontece en época temprana del embarazo, la conducta del tocólogo debe de limitarse á una expectación armada; se prescribirán las irrigaciones calientes, el reposo absoluto y los enemas laudanizados.

Si, por el contrario, la hemorragia es intensa, cosa que generalmente ocurre cuando el cuello comienza á desaparecer y á dilatarse, puesto que la hemorragia es producto de desprendimientos placentarios consecutivos á la mayor amplificación del segmento inferior, que determina una falta de paralelismo entre la torta placentaria y dicho segmento inferior de la matriz; si la dilatación es grande, la hemorragia será intensa, y si pequeña, las pérdidas hemáticas no serán grandes, puesto que su intensidad está en relación directa con la extensión de los desprendimientos (excepción hecha de las inserciones centrales ó parciales, afortunadamente raras y en las que la hemorragia es gravísima), en esos casos se debe emplear una terapéutica activa para salvar la vida de la madre y la del feto, aunque éste en la mayoría de los casos es asunto perdido.

Conocida, pues, la génesis de las hemorragias, se rasgará ampliamente las membranas, con el fin de precipitar el parto y evitar nuevos desprendimientos, pues entonces las contracciones uterinas dejan de actuar sobre las envolturas fetales, las cuales se repliegan dejando de efectuar tracciones de la placenta y el feto se encajará, verificándose el parto espontáneamente, cuando la presentación es de vértice.

Con este tratamiento se ha obtenido excelentes resultados. Sin embargo, este procedimiento, sólo aplicable á las presentaciones de vértice, falla algunas veces, como en este caso ocurrió, y en presencia de lo cual el método de Braxton-Hikcs es el mejor, puesto que con una dilatación que permita la introducción de uno ó dos dedos y, dándose la coincidencia de acontecer esto en enfermas con cuello dilatable, se puede introducir la mano, hacer la versión podálica, sacar un pié y dejar que el parto se efectúe espontáneamente, sin que con este proceder se produzcan las grandes rasgaduras del cuello que son tributarias del parto forzado y que jamás debe de emplearse. Si se tropieza con una enferma en que el cuello está dilatado suficientemente ó es fácilmente dilatable, complétese la versión haciendo la extracción rápida del feto; pero, entiéndase bien, siempre que el cuello

sea perfectamente dilatable y que con nuestra intervención no produzcamos graves rasgaduras uterinas.

Finalmente, cuando la inserción es central ó parcial, el remedio más eficaz, más científico y racional es la operación cesárea conservadora, propuesta por el Dr. Candela en el XIV Congreso internacional de Medicina celebrado en Madrid.—SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 13 de Noviembre de 1906.

Disentería bacilar mortal; contagio probable por tejidos de origen exótico. — Los Dres. F. WIDAL y H. MARTIN: En una familia que habita en uno de los distritos más sanos de París, hemos observado dos casos de disentería bacilar mortal, desarrollados con algunos días de distancia en un padre y en su hijo, que vivían en condiciones higiénicas irreprochables. El niño, de tres años, tuvo deposiciones mucosas y sanguinolentas y murió en cuatro días de disentería fulminante. Diez días después el padre tuvo síntomas análogos; la temperatura se elevó inmediatamente, y al mismo tiempo que las deposiciones eran mucosas y sanguinolentas, evacuaba colgajos de mucosa intestinal esfacelada; el enfermo murió al cabo de treinta y un días.

El examen de las deposiciones, practicado por Dopter al octavo día, ha permitido aislar un bacilo que tiene los caracteres del que uno de nosotros ha descrito aquí mismo por primera vez, con Chantemesse, en la disentería, y cuya muestra respondía al tipo aislado después por Shiga en las epidemias japonesas. He aquí, pues, dos casos de disentería cuyo diagnóstico clínico no se prestaba á ninguna duda, y cuya naturaleza bacilar ha sido demostrada por el examen de las deposiciones. La enfermedad ha tenido la gravedad de las disenterías bacilares de los países cálidos y ha evolucionado según el tipo gangrenoso.

El hecho de haberse sucedido estos dos casos graves en París, en una época en que la enfermedad no existía, llama desde luego la atención. Nuestros enfermos no habían salido de París desde hacía mucho tiempo, y vivían en condiciones muy confortables de dietética y de salubridad que no dejaban nada que desear. El agua de bebida no podía ser incriminada, como en el curso de las epidemias que devastan toda una población ó una comarca. Un foco aislado no puede nacer espontáneamente en medio de una población indemne; la razón de que apareciera debe buscarse en el contagio, cuyo papel, como se sabe, ha sido revelado por Kelsch y Kiener.

La más minuciosa investigación no ha permitido encontrar otro contacto que el siguiente. Ocho días antes de que el niño hubiese tenido los primeros síntomas de su padecimiento, el padre había comprado á un vendedor ambulante tejidos que habían llegado del Japón y con los cuales había jugado el niño.

La disentería puede considerarse actualmente como una de las más transmisibles de las enfermedades infecciosas; si la propagación es más á menudo directa, conviene no perder de vista que los objetos que se han manchado pueden también propagar de un modo indirecto la enfermedad al cabo de mucho tiempo. En la investigación que se haga, pues, para buscar la filiación etiológica de un foco disentérico aparecido inopinadamente en nuestras regiones, nunca se debe olvidar el averiguar si ha habido ó no relación sospechosa con personas ú objetos de lejana procedencia. Un contacto con tejidos venidos del Japón es lo único que nosotros hemos podido encontrar en la étiología de nuestros enfermos, y nos ha parecido interesante de poner este hecho en relación con la aparición de este foco de disentería familiar, desarrollado en pleno París, en las condiciones anormales que hemos descrito.

El foco se extinguió en el mismo punto que naciera; pero si en lugar de aparecer en el seno de una familia aseada se hubiese presentado en un medio miserable, habría podido ser el origen de una generalización epidémica. Por lo tanto, no estaría de más que nadie dejara de hacer desinfectar esos tejidos que hayan pasado por medios cuyo estado sanitario es desconocido, dado que no se pueda pedir á los poderes públicos que así lo hagan.

Tratamiento del cáncer. — El Dr. Berger: La intervención quirúrgica en el cáncer de la lengua es de las operaciones más graves de la cirugía, pero hemos de confesar que sólo la operación produce curaciones duraderas. De cuatro cánceres, algunos muy extensos y sometidos al análisis histológico, en los que obtuve la curación, ésta data de seis, ocho, diez, y más de diez años. Por la operación, pues, puede obtenerse la curación de los cánceres de la lengua; también es necesario operar muy ampliamente los casos en que el cáncer es aún limitado. Las contraindicaciones se desprenden de la propagación del cáncer alrededor de la epiglotis, de la invasión de los pilares, del velo del paladar y de la amígdala, de la adherencia al maxilar inferior, de la invasión de los dos lados de la lengua, más allá de su mitad anterior y de los infartos ganglionares, inflamatorios y difusos. Para el acto operatorio sigo con corta diferencia las mismas reglas que el Dr. Poirier, aunque sólo extirpo los ganglios del lado enfermo y no toda la cadena ganglionar subyacente al esternomastoideo, aunque sí los situados en la bifurcación de la carótida, hacia el cuerno mayor del hioides. Como vía de acceso prefiero la incisión de la comisura bucal, á la sección del maxilar. Creo que la medicación interna y la seroterapia son ineficaces y la acción de la radioterapia queda limitada á los casos superficiales. Pero si la operación permite obtener la curación de ciertos casos de cáncer, ella no es un método de curación de esta neoplasia para encontrar el verdadero medio de su tratamiento, creo que debe llevarse á la práctica la idea, emitida por el Dr. Poirier, de nombrar un Comité científico para el estudio

del cáncer, que centralizaría en Francia todas las investigaciones y provocaría la ejecución de trabajos acerca de este asunto.

De la disentería.—El Dr. VAILLARD: La etiología invocada por el Dr. Widal en esta pequeña epidemia, me parece demostrada; hechos similares registra la literatura médica. La disentería es más frecuente en nuestro país de lo que se cree, y esto ocurre porque se la desconoce, y se la desconoce porque no siempre se presenta con sus caracteres clásicos; al contrario, los casos incompletos con diarrea simplemente serosa son muy frecuentes. La disentería es muy común en los niños, y no sólo en verano, sino también en invierno, en forma de una simple diarrea. Esta noción de la continuidad de la disentería en los niños, permite encontrar el por qué de la reaparición anual de la enfermedad en los adultos y en el verano, puesto que aquellas disenterías invernales de los niños son las que sostienen la virulencia del germen por pasos sucesivos á través de sus organismos. Por lo tanto, en las investigaciones á que dan lugar las epidemias de disentería, se debe desde luego pensar en la eventualidad de un origen local.

CODINA CASTELLVÍ.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 14 de Noviembre de 1906.

Prostatectomía transvesical.—El Dr. *Legueu* dijo que para descortezar la próstata es necesario emplear el dedo, por ser el único capaz de hacerlo bien. No cree, en cambio, que sea indispensable la introducción de un dedo en el recto. Respecto á la reparación de la cavidad que queda después de extirpada la próstata, cree conveniente en ciertos casos cubrir con mucosa las superficies cruentas.

La práctica recomendada por el Dr. Duval es difícil. El Dr. Legueu propone, por el contrario, conservar la porción prostática de la uretra para cubrir la cavidad prostática cruenta. Ha practicado esta operación en uno de sus enfermos; cortó en la parte prostática dos grandes colgajos mucosos que aplicó sobre las paredes de la cavidad. Una vez asegurada así la hemorragia cerró completamente la vejiga sin desagüe. El enfermo curó en buenas condiciones y antes que los tratados por el método clásico. La sonda se suprimió á los doce días; la micción fué normal. Esta práctica, por interesante que sea, no debe generalizarse, porque la mayoría de los enfermos están infectados y es necesario el desagüe. Además, el taponamiento de la cavidad prostática es utilísimo y disminuye bastante el peligro de la hemorragia.

Invaginación intestinal.—El Dr. *Tuffier* leyó un informe acerca del caso siguiente, comunicado por el Dr. Letoux.

Se trata de un niño de un mes, en el que la ligadura y el desprendimiento del cordón nada tuvieron de particular; pero á los quince días se formó en el ombligo un tumorcillo rojizo del volumen de una cereza, tumor que aumentó poco á poco hasta adquirir el tamaño de un huevo de gallina. Un

día salieron por el tumor materias fecales, funcionando desde entonces como un ano contranatural. Examinando de cerca el tumor umbilical, se vió que tenía dos orificios, uno situado á la izquierda, por el que salían los excrementos, y otro á la derecha, muy estrecho, y por el que apenas podía introducirse una candelilla delgada. Un día, este ano artificial dejó de funcionar repentinamente y el enfermito presentó todos los signos de una oclusión intestinal completa. Todas las tentativas de reducción y de cateterismo del ombligo fracasaron, y el Dr. Letoux se decidió á practicar la laparotomía. Quedó al descubierto un asa de intestino delgado introducida en un divertículo intestinal implantado en el vértice de este asa, que se abría en el ombligo. Esta invaginación se complicó con estrangulación del intestino invaginado, y el Dr. Letoux necesitó desbridar el anillo umbilical para corregirlo. El niño murió á los pocos días.

Al practicar la autopsia se observó que la reducción persistía, pero que el asa había quedado adherida al ombligo por un pedículo fistuloso, que el Dr. Letoux cree era un divertículo de Meckel. Funda su opinión en el sitio del pedículo, que ocupaba la porción terminal de íleon, y en su longitud, que era de algunos centímetros. Desecha la hipótesis de una fístula intestinal verdadera consecutiva á una necrosis por pellizcamiento lateral de la pared del intestino al ser ligado el cordón.

Después refirió el Dr. Tuffier otro caso análogo al anterior, observado por el Dr. Hue (de Rouen). En este caso se trataba de un niño de catorce días, que tenía en el ombligo un tumor formado por la mucosa intestinal invertida. A los pocos días, el enfermo presentó fenómenos análogos á los de la hernia estrangulada. Fué inútil cuanto se hizo para reducir el tumor. El Dr. Hue no se atrevió á practicar la laparotomía á causa del estado gravísimo del niño, el cual tardó poco en morir. Al hacer la autopsia se encontraron las mismas lesiones que en el enfermo del Dr. Letoux.

Tratamiento quirúrgico de las nefritis hematúricas.—El Dr. *Pousson* narró los tres casos siguientes: El primero se refiere á una mujer que padecía hemorragias renales abundantísimas. El Dr. Pousson practicó la nefrectomía en 1893, y desde entonces esta mujer se encuentra completamente curada. El segundo enfermo tuvo de repente, encontrándose en perfecta salud, una hematuria abundante que duró varias semanas. El Dr. Pousson practicó la nefrotomía á los dos meses de ocurrir el accidente, obteniendo la curación completa y definitiva. En el tercer caso, las hematurias siguieron una marcha rara; se presentaban con regularidad cada dos ó tres meses; eran precedidas durante dos ó tres días de dolores localizados en la región renal derecha y duraban bastante tiempo. Se practicó la nefrectomía por encontrarse un riñón quístico voluminoso, en el que el parénquima que separaba los quistes se hallaba al parecer completamente degenerado. Este hombre, operado hace nueve meses, sigue bien.

En estos tres enfermos el Dr. Pousson ha practicado dos veces la nefrectomía y una la nefrotomía. Esto no quiere decir que considere la nefrectomía como la operación indicada con más frecuencia contra las nefritis hematúricas; todo lo contrario. Practicó la nefrectomía; en su primer caso, porque desconocía, esto ocurrió hace ocho años, el valor de la nefrotomía en esta afección, y en el segundo porque el riñón parecía muy enfermo. En

realidad, la nefrotomía constituye la operación electiva en las nefritis hematúricas; suprime la tensión renal mucho mejor que la decapsulación renal ó la nefrolisis. Es la conclusión que saca del estudio de 32 intervenciones operatorias por nefritis hematúricas que se han publicado. Estos 32 casos comprenden 11 nefrectomías, 15 nefrotomías completadas ó no por la decapsulación ó la nefrolisis y 6 decapsulaciones.

Los resultados de estas operaciones fueron los siguientes: la nefrectomía 3 muertes (1 operatoria, 2 tardías); la nefrotomía sólo 1 muerte operatoria, y la decapsulación 0 muertes. De los nefrectomizados que sobrevivieron, sólo 1 ha visto reproducirse las hematurias en el riñón restante; de los nefrotomizados 5 han tenido también recidivas de sus hematurias, pero de todos estos casos sólo en uno la hemorragia procedía del riñón no operado; cuanto á las decapsulaciones, son muy recientes para poder apreciar sus resultados. Se deduce, por lo tanto, de estas cifras, que la nefrotomía es, desde el punto de vista operatorio, menos grave, y desde el terapéutico, tan eficaz como la nefrectomía contra las hematurias de las nefritis; tiene sobre la decapsulación y la nefrolisis la doble ventaja de descongestionar mejor el riñón y de permitir explorar el interior del órgano.

El Dr. *Reynier* apoyó las conclusiones del Dr. Pousson y citó en favor de ellas el caso siguiente observado en su clínica. Practicó la decapsulación á un enfermo que padecía hematuria; fué preciso practicar después la nefrectomía, la que demostró que las hematurias eran causadas por lesiones bacilares del riñón. Si se hubiera practicado la nefrotomía, se hubiese descubierto el sitio de esta lesión. Por este motivo el Dr. Reynier prefiere á la decapsulación la nefrotomía, que permite muchas veces reconocer y suprimir la causa verdadera de las hematurias.

El Dr. *Legueu* manifestó que la nefrotomía es el tratamiento preferible de las nefritis hematúricas. La nefrectomía debe desecharse por completo en tal caso, porque estas hematurias son transitorias por esencia y curan por la nefrotomía ó la decapsulación. El resultado no es siempre inmediato y algunas veces la curación tarda bastante en obtenerse, en uno de sus casos un año. El Dr. Legueu completa siempre la nefrotomía que ejerce una acción descongestionante inmediata con la decapsulación que tarda más en ejercerla.

El Dr. *Routier* dijo que no se explicaba la acción hemostática de una nefrotomía al año; ¿no será debida la supresión de la hemorragia á la evolución natural de la nefritis?

El Dr. *Tuffier* cree que es preciso acoger con cierta reserva los resultados obtenidos por la intervención quirúrgica en el tratamiento de las nefritis hematúricas. En dos de sus enfermos la nefrotomía sólo produjo supresión temporal de la hematuria que recidivó en un caso al año y en el otro al poco tiempo. Este enfermo tardó poco en morir de uremia. En otros dos enfermos el Dr. Tuffier ha visto hematurias repetidas y abundantes contenerse espontánea y definitivamente sin la menor intervención. Esta curación espontánea y durable es probablemente la que ocurrió en el caso del Dr. Legueu, porque no se explica bien que la nefrotomía tardara en obrar un año. Además, las nefritis hematúricas son mal conocidas y su tratamiento es empírico por completo.

El Dr. *Carlier* dijo que había practicado dos veces la nefrotomía por hematurias independientes de cálculos y de tuberculosis del riñón; en uno de estos casos la operación corrigió la hematuria y los dolores; en el otro la hematuria persistió, pero con menos abundancia, y fué preciso practicar la nefrectomía secundaria. El enfermo siguió sangrando del riñón que le quedaba, pero la hemorragia se contuvo espontáneamente á los ocho días. El Dr. Carlier deduce de esta observación que es difícil apreciar el valor de la nefrotomía aplicada al tratamiento de las hematurias médicas; cree que esta operación es preferible á la nefrectomía.

El Dr. *Delbet* manifestó que la cuestión de las hematurias renales esenciales sigue siendo muy obscura. Ha observado dos casos de este género. El primero lo diagnosticó de tuberculosis renal, á causa de la abundancia de la hematuria, y practicó la nefrectomía, curando el enfermo; al hacer el examen histológico no se descubrió en el riñón extirpado lesión alguna de tuberculosis. En el otro caso se limitó á tener el enfermo en observación; las hemorragias se contuvieron espontáneamente y no han vuelto á presentarse desde hace varios meses. Este último caso prueba con toda claridad que hay hematurias llamadas esenciales susceptibles de curar espontáneamente. Es muy probable que ocurriera así en el caso del Dr. Legueu, en el que la nefrotomía para nada influyó al parecer en la curación.

El Dr. *Pousson* indicó que no abriga las dudas que los Dres. Tuffier y Delbet respecto al valor de la nefrotomía en las nefritis médicas. Su acción se explica perfectamente. Conviene advertir ante todo que no son las nefritis de la enfermedad de Bright las que producen las hematurias persistentes y abundantes, sino las nefritis discretas, que interesan sólo algunos glomérulos. La nefrotomía obra no sólo corrigiendo la congestión hemorrágica, sino que al permitir á las lesiones discretas organizarse en masa fibrosa, contiene definitivamente las nefrorragias.

El Dr. *Tuffier* manifestó que las nefritis discretas de que habla el doctor Pousson se observan en los arterioesclerosos y en los ancianos, mientras que la mayor parte de las observaciones de nefritis hematúrica se refieren á niños y á jóvenes. En realidad, la patogenia de esta última variedad de nefritis queda obscura y la eficacia de la nefrotomía no se explica: es preciso, por lo tanto, no admitir más que con ciertas salvedades sus resultados terapéuticos.

Pronóstico de las fracturas bimaleolares. — El Dr. *Chaput* dijo que había observado dos casos de fracturas bimaleolares que se encontraban en buen estado al suprimirse el apósito y que se desviaron después. Los Dres. Berger y Routier han referido casos análogos. El Dr. Chaput ha examinado 12 fracturas bimaleolares antiguas (accidentes del trabajo): en 6 había desviación del pié (5 veces hacia afuera y 1 hacia adentro) y defecto funcional; de las 6 restantes, en 5 había flexión defectuosa y dolores agudos; el otro enfermo curó perfectamente. La incapacidad de estos heridos varía del 15 al 40 por 100.

Presentó también el Dr. Chaput tres radiografías de fracturas antiguas mal consolidadas. En otros tres casos, las fracturas inmovilizadas en buena actitud en un apósito de escayola no se redujeron bien, según prueba la radiografía.

El pronóstico de estas fracturas se agrava cuando la desviación primitiva es considerable y cuando hay diástasis peroneotibial anterior. Las fracturas por adducción suelen ir acompañadas de arrancamiento de la epífisis y hasta de lesión de la diáfisis que comprometen las funciones articulares. La fractura supramaleolar tibial, oblícua hacia abajo y adentro, es irreducible en absoluto. Las *fracturas marginales posteriores* comprometen también las funciones articulares. Las fracturas consolidadas en buena posición, pueden ir acompañadas de dolores y de flexión defectuosa.

El Dr. *Tuffier* manifestó que las variedades anatómicas de las fracturas bimaleolares son numerosas, y se caracterizan todas por irreductibilidad casi constante. Cuando se consigue reducirlas, la confrontación de los fragmentos es siempre muy imperfecta. Las *desviaciones primitivas* más ó menos acentuadas del pié, consecutivas á las fracturas bimaleolares, son, por lo tanto, frecuentísimas. Las *desviaciones secundarias* indicadas por el doctor Chaput, es decir, las que se producen después de la consolidación comprobada clínicamente, tampoco son raras. El Dr. Tuffier ha observado bastantes casos. Son graves, porque son irreducibles por completo. Es preciso, por lo tanto, prevenirlas, y para ello inmovilizar á estos fracturados más tiempo del que suele hacerse.

El Dr. *Monod* cree que mejorarían bastante los resultados de estas fracturas reduciéndolas siempre, como lo hace, estando el enfermo cloroformizado.

El Dr. *Delbet* dijo que de las fracturas del tercio inferior de la tibia no se reducen bien más que las francamente transversales, aunque se cloroformice al enfermo. La cloroformización puede ser perjudicial, por ejemplo, en los alcohólicos, los que durante el período de agitación de la anestesia pueden lesionarse el foco de la fractura, motivo por el cual el doctor Delbet prefiere la raquiestovainización á la cloroformización.

Cuanto á las fracturas de Dupuytren—fracturas bimaleolares por abducción — son graves, difíciles de tratar, y es raro obtener en ellas un resultado perfecto. El Dr. Delbet ha observado con frecuencia en estas fracturas desviaciones secundarias. Las explica por el hecho de que el callo que se forma en estas fracturas suele ser fibrocartilaginoso (á la radiografía aparece transparente), igual que en las de la rótula, y carece, por lo tanto, de la resistencia necesaria cuando el enfermo principia á andar, así que conviene prolongar mucho más tiempo la inmovilidad del lesionado. El doctor Delbet mantiene aplicado el apósito inamovible cuarenta días, y obliga al enfermo á permanecer en el lecho quince días más.

Respecto á la limitación de los movimientos de flexión señalada por el Dr. Chaput, á consecuencia de las fracturas de Dupuytren, cree el doctor Delbet que es debida á dos causas: 1.ª, á que muchas veces no se corrige la dislocación hacia atrás; en estas condiciones el astrágalo no recobra sus relaciones normales con la extremidad inferior de la tibia, y la flexión queda limitada; 2.ª, á las hiperostosis que se desarrollan en la cresta tibial antero-inferior. El Dr. Delbet ha observado tres casos de este género: uno fué tratado por la resección, y en los otros dos las hiperostosis se descubrieron al practicar la radiografía.—(*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 24 de Octubre de 1906.

Empleo de la novococaína en cirugía. — El Dr. R. Blóndel: Hace ocho meses que empleo la novococaína en todas las intervenciones quirúrgicas que no requieren la anestesia general, las cuales ascienden á 21, y se refieren á 10 raspados, 3 intervenciones vaginales y perineales, 4 operaciones vesicales y 4 operaciones de pequeña cirugía general (dos extirpaciones de quistes sebáceos, una extirpación de quiste sinovial del pié y una rectificación de cicatriz viciosa). Lo que desde luego me ha llamado la atención es la falta total de accidentes generales y la duración prolongada de la anestesia, duración que me ha parecido mucho mayor que la obtenida con la cocaína y la estovaína. A los veinte minutos y hasta á los veinticinco, he podido colocar puntos de sutura sin que los pinchazos de la piel fueran dolorosos, aunque en el periné persiste un poco de sensibilidad; pero todos los que poseen la práctica de las perineorrafias saben que ningún anestésico, incluso el cloroformo, suprime con seguridad y sin excepción y de un modo completo la sensibilidad de esta región.

Para el raspado he procedido como de ordinario procedo, dejando en la cavidad uterina, durante los diez minutos antes de la intervención, una mecha impregnada de una solución de novococaína al 5 por 100. Todos los casos que he visto pertenecían á metritis hemorrágicas, es decir, con desgarro de la mucosa, y por lo tanto, con facilidad de absorber el anestésico. La sensibilidad al raspado me ha parecido ser la misma que con la cocaína, es decir, que nunca es absolutamente completa. La novococaína atenúa considerablemente la sensibilidad, pero los cortes profundos de la cuchara aún pueden ser muy dolorosos, lo propio que con la cocaína y la estovaína, y es imposible que ocurra de otro modo, puesto que el músculo uterino tiene su sensibilidad especial á la presión, que sólo hace desaparecer la anestesia general. Esta casi anestesia no me parece menos ventajosa, puesto que permite evitar los riesgos del cloroformo en una intervención tan corta como simple.

Para la extirpación laboriosa de dos quistes del cuero cabelludo y de un quiste sinovial de la articulación del dedo gordo, fuí agradablemente sorprendido al ver que, al cabo de veinte ó veinticinco minutos, como he dicho, podía terminar mi intervención, hacer mis suturas y rectificar finalmente las superficies de sección con las pinzas, sin despertar ninguna sensibilidad. La pérdida sanguínea en el curso de la intervención me ha parecido muy moderada. Me he servido de soluciones al 2 por 100 á la dosis de 1 á 2 centímetros cúbicos, por pinchazos intradérmicos en la línea que ha de seguir la incisión, como lo recomienda Reclus.

(*Le Bull. Med.*, núm. 86).— Codina Castellví.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 7 de Noviembre de 1906.

Miomectomía durante el embarazo. — El Dr. *Alba Doran* dijo que la miomectomía se ha practicado varias veces durante el embarazo con resultados satisfactorios. La gestación no se interrumpe por regla general y el útero apenas pierde su fuerza expulsiva, aunque la herida de esta víscera sea extensa, larga y profunda. Ha practicado con éxito feliz dicha operación en una mujer de treinta y tres años, embarazada por vez primera, á la que extirpó un fibromioma uterino calcificado.

Las primíparas de alguna edad toleran perfectamente la miomectomía. Thring, de Sidney, ha extirpado con éxito feliz un fibroide necrósico intersticial de la pared anterior del útero, á una primípara de treinta y ocho años, que se hallaba en el sexto mes de la gestación. J. Stewart, de Leed, ha operado con éxito completo un gran fibroide uterino sexil, á una primípara de treinta y cinco años, que había llegado al sexto mes de su embarazo. Las dos enfermas dieron á luz con toda felicidad.

El Dr. *Lewers* refirió un caso en el que practicó la miomectomía en el quinto mes del embarazo, á causa de un fibroide subperitoneal del tamaño de una naranja. La gestación siguió su curso y la enferma dió á luz con toda felicidad un niño de término. Operó á esta mujer creyendo que padecía un quiste dermoide del ovario.

El Dr. *Doran* dijo que no siendo en circunstancias excepcionales, no recomienda extirpar durante el embarazo los fibroides del fondo ó de cualquier otra parte del útero, por encima del estrecho superior de la pelvis.

Versión externa. — El Dr. *Rivers Pollock* manifestó que lo esencial para practicar la versión externa, es suspender á la mujer por los piés y colocarla en posición vertical. De este modo se desencajan las nalgas del feto del estrecho superior. Para evitar que vuelvan á descender, se las comprime con la mano. Después se coloca á la parturiente en decúbito dorsal y se termina la operación de la manera ordinaria.

El Dr. *Champneys* dijo que el método recomendadò por el Dr. Pollock, le parece que exige alguna explicación y debe ser comparado con otros. Cree que no es esencial la posición de las piernas; lo necesario es colocar el tronco y sobre todo la pelvis en la debida posición. Estando la mujer en pié el estrecho superior de la pelvis forma con el horizonte un ángulo de 60°. Colocándola cabeza abajo, este ángulo es aún más inclinado. En la posición genupectoral, el estrecho superior de la pelvis mira directamente hacia abajo. Convendría saber qué ventajas tiene la posición invertida—suspensión por las piernas—sobre la genupectoral.

El Dr. *Herman* preguntó al Dr. Pollock en cuántos casos ha empleado sin éxito la posición de Trendelenburg y qué le ha inducido á suspender á la parturiente por los talones. Cree que en la posición de Trendelenburg el eje mayor del útero es horizontal y puede realizarse así lo que el Dr. Pollok espera de la posicióu invertida.

El Dr. *H. Spencer* dijo que se ha ocupado siempre con interés de la ver-

sión cefálica, en los casos de presentación de nalgas. Hace cinco años publicó un trabajo recomendando practicar esta operación hacia el fin del embarazo, y en particular, hacia los siete meses y medio. La operación en este período suele ser fácil y á veces se practica en pocos segundos, estando la enferma en decúbito dorsal. Después de esta fecha, sobre todo en las primíparas, la operación es mucho más difícil y se hace imposible al término del embarazo ó durante el parto. La elevación de la pelvis facilita, al parecer, la versión externa, pero ninguna de las mujeres en quienes ha empleado el Dr. Pollock este método habían llegado al término del embarazo. ¿Se obtendría el mismo resultado favorable en el embarazo de término ó durante el parto, que es cuando se tropieza con la verdadera dificultad? No cree que este método sea completamente nuevo. La elevación de la pelvis y de las piernas y la versión cefálica durante el parto, fueron recomendadas por Hipócrates, y en el siglo XVI aconsejaron varios autores colocar á la parturiente en dicha posición é imprimir al feto movimientos de sacudida ó giratorios.

El Dr. *Williamson* manifestó que ha empleado el método pero en forma modificada. Hace pocas semanas vió á una primípara que había llegado casi al término del embarazo. La presentación era de nalgas. Colocó á la mujer en decúbito dorsal é intentó practicar la versión externa; las tentativas para lograrlo fueron ineficaces. En vista del resultado negativo, colocó á la mujer en la posición de Trendelenburg, sobre el respaldo de una silla y consiguió practicar sin dificultad la versión. Quince días después dió á luz esta individua; el feto nació en presentación de vértice.

El Dr. *Nepean Longridge* dijo que había practicado la versión externa en numerosos casos de presentación de nalgas en las primíparas, empleando en tres ocasiones la posición de Trendelenburg. Cuando se ha roto la bolsa de las aguas y derramado el líquido amniótico, ¿permitirá la posición recomendada por el Dr. Pollock introducir en el útero líquido amniótico artificial que facilite la versión?

El Dr. *Pollock* manifestó que por consejo del Dr. Champneys había ensayado la posición genupectoral en uno de sus casos sin conseguir que se moviera el polo inferior del feto. En esta posición es más difícil rechazar el feto hacia el fondo del útero. En los 15 casos en que empleó este método, no se observó tendencia en el feto á recobrar la presentación de nalgas.

(*The British Med. Journal*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 14 de Noviembre de 1906.

Cáncer primitivo del apéndice vermiforme. — El Dr. *Th. Landau* toma por base de su comunicación un caso que ha observado recientemente y en el que con motivo de una operación de mioma, al revisar de paso el apéndice vermiforme, se encontró con que éste tenía un engrosamiento en su punta. En vista de esto extirpó el apéndice, y al examinarle, resultó que se tra-

taba de un carcinoma. El curso ulterior no presentó nada de particular.

El autor ha conseguido encontrar en toda la literatura 58 casos de cáncer del apéndice; la cuarta parte próximamente de dichos casos fueron hallazgos casuales de autopsia. De los operados, sólo en un caso se había hecho el diagnóstico antes de la operación.

El cáncer del apéndice puede ser nodular, insular ó anular. No siempre va acompañado de periapendicitis, pero sí se ha encontrado siempre endoapendicitis concomitante. En más del 50 por 100 de los casos radicaba el cáncer en la punta del apéndice; en muchos de ellos había fístulas que iban á parar á órganos inmediatos; en dos comunicaban estas fístulas con el exterior; en cinco casos se encontraron metastasis en diversos puntos.

Predominan los casos del sexo femenino, pero esto se explica bien por la mayor frecuencia con que se practica la laparotomía en la mujer, razón por la cual son también más frecuentes las ocasiones de tropezar con el apéndice.

La edad de los pacientes osciló entre los ocho años y los ochenta y uno.

No puede hablarse en realidad de una sintomatología peculiar de esta afección, puesto que el apéndice no tiene función conocida. Las consecuencias del carcinoma son, generalmente, adherencias, y ésta es la causa de que si llega á ser operado el carcinoma, lo es porque se ha creído habérselas con un caso de apendicitis.

Dolores frecuentes en la región cecal, que no se modifican en lo más mínimo con el reposo ni tampoco con el calor, y que al parecer se hacen más intensos por la noche, deben hacer sospechar la existencia de un carcinoma.

La operación no ha tropezado con grandes dificultades; sólo en algunos casos fué necesario resecar un trozo de ciego ó de íleon. De estos casos murieron cuatro.

Excepto uno, en ninguno de los operados se presentó recidiva.

Cuando nos hallemos en presencia de un caso en que quepa la duda de que se trata de una afección ginecológica, debe tranquilizarnos la reflexión de que de todas suertes no puede ser perjudicial una intervención activa. Dada la gran frecuencia de las enfermedades del apéndice y la facilidad con que puede extirparse una vez abierto el abdomen por otro motivo, el autor ha adoptado como regla de conducta, en todo caso en que la anamnesia ó el estado del apéndice permitan sospechar alguna lesión del mismo, asociar á la operación fundamental la extirpación del apéndice. No ha sido éste uno de los motivos menos importantes que ha tenido el autor para abandonar la vía vaginal y decidirse por la abdominal. En ningún caso debemos de contentarnos con el simple desprendimiento de las adherencias, como han propuesto algunos autores.

La acokanthera schimperi en las afecciones cardíacas. — El Dr. *L. Lewin* refiere que en los estudios que viene haciendo desde hace muchos años acerca de los venenos de las flechas, los cuales, como ya se sabe desde hace mucho tiempo, ejercen una acción muy enérgica sobre el corazón, ha conseguido preparar un glucósido que tanto en lo químico como en lo toxicológico, es completamente igual á la ouabaína que en forma cristalina han aislado otros autores. La única diferencia es precisamente el carácter amorfo de dicho glucósido, por lo que el autor lo denomina ouabaína amorfa.

Se encuentra en la madera de la acokanthera schimperi, vegetal que abunda en toda la costa oriental del Africa, y es uno de los orígenes más importantes y más copiosos de los venenos de las flechas.

La ouabaína retarda el número de pulsaciones, refuerza el impulso sistólico, y de este modo aumenta la presión sanguínea.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesiones de los días 2 y 9 de Noviembre de 1906.

Sífilis terciaria.—El Dr. *Salomón Ehrmann* presenta un caso de sífilis terciaria de forma intensa. El cuero cabelludo está sembrado todo él de úlceras circunscritas sinuosas, que penetran profundamente hasta llegar al periostio, radican sobre una base sumamente infiltrada y socavada en muchos puntos y aparecen con un fondo cubierto por una capa lardácea. Su propagación serpiginosa, su limitación en forma de guirnalda y los bordes gruesos y constituídos por una infiltración de color moreno, demuestran que se trata, no de abscesos escrofulosos, sino de gomas. Es una forma no sometida á tratamiento y sumamente avanzada de sífilis terciaria, como se observa principalmente en comarcas que están muy alejadas de la civilización europea.

El Dr. *Eduardo Lang* hace notar que estos procesos suelen terminar favorablemente en la mayor parte de los casos, y refiere uno de una mujer á la que le extirpó un trozo necrosado de la bóveda craneana, cuya extensión era mayor que la palma de la mano; la necrosis sifilítica había invadido también la lámina vítrea, de tal suerte que en toda la extensión de la lesión se apreciaba la pulsación del cerebro. Para proteger éste ha dispuesto el orador que la enferma lleve un casquete de aluminio del tamaño correspondiente.

El Dr. *Franz Mracek* cree que los casos de sífilis no tratada que se han presentado á la Sociedad, pueden servir para llamar la atención sobre la necesidad de una profilaxia rigurosa.

Diagnóstico diferencial entre la apendicitis y la preñez extrauterina.—El doctor *José Fabricius* presenta preparaciones que ofrecen particularidades interesantes por más de un concepto, dado que el diagnóstico diferencial entre la preñez extrauterina y la apendicitis es causa frecuente de equivocaciones. En un caso existían un mioma, una preñez extrauterina del lado derecho, y cólico apendicular. En otro caso no había más que una preñez extrauterina del lado derecho: pero en cambio el apéndice vermiforme estaba situado en el seno de Douglas, como suspendido, y se hallaba tan soldado por medio de adherencias múltiples á la trompa que contenía el feto y que había reventado, que venía á formar un todo único con dicha trompa. Tratábase en el tercer caso de una apendicitis complicada con una preñez de seis semanas; en este caso había varios síntomas, y además de esto sobrevino una hemorragia, que indujeron á sospechar equivocadamen-

te la existencia de un embarazo extrauterino. Por fin, la última preparación se refiere á una preñez extrauterina, en la que la cavidad se había roto violentamente; lo notable de este caso consiste en que demuestra cómo un huevo muy pequeño es suficiente para provocar semejante rotura.

La radiografía en las afecciones del cerebro y del cráneo. — El Dr. *Moriz Benedikt* presenta varias radiografías referentes á casos de afecciones craneales y cerebrales.

Tres casos se refieren á perturbaciones frontales del equilibrio. Los enfermos pierden de pronto la facultad de tenerse de pié y se caen generalmente hacia un lado ó se echan rápidamente sobre el suelo. El foco morboso causa de esta perturbación nos es desconocido hasta la fecha; ni siquiera sabemos si se trata de una afección cortical ó subcortical. De todas suertes, radica por delante de la zona llamada psicomotora. En el primer caso, la exploración radiográfica pone de manifiesto, como se ve en las placas respectivas, cómo en el corte frontal de la región de los senos frontales aparece sumamente engrosado el hueso; en un lado con una ligera apariencia de un seno frontal, que en el otro lado ha desaparecido por completo. En ulteriores radiografías faltaban los senos frontales en ambos lados. Al mismo tiempo, el hueso era muy poco transparente, y esta eburneación afectaba también á las partes laterales del cráneo. No hay que pensar en un depósito óseo debido al embarazo, y tampoco hay ningún motivo para sospechar la sífilis. Esto, no obstante, con la administración del yodo y del mercurio se consiguió una notable mejoría, porque se hicieron menos frecuentes los ataques frontales de perturbación del equilibrio.

Con motivo de la presentación de estos casos, insiste el autor en que, por lo general, la lámina externa de los huesos planos del cráneo es mucho más transparente que la interna. En muchos casos, y muy especialmente en los de traumatismos del cráneo, la lámina externa se hace tan poco transparente como la interna. Este hecho parece tener una significación patológica absoluta. Otro hecho que merece consignarse, es el de que la substancia esponjosa aparece claramente como una cinta bien marcada. Para confirmar su opinión, presenta el autor la placa radiográfica tomada de un hombre, que á la edad de dos años había recibido un golpe en el sincipucio; en dicha placa se ven claramente, y á modo de cintas, las substancias esponjosas de los huesos frontal y parietal.

En el segundo caso de perturbación frontal del equilibrió se ven en la placa radiográfica, además de una cinta bien manifiesta de substancia esponjosa, un foco pequeño, no transparente y que se continúa con el hueso; dicho foco está situado por delante de la región psicomotora, y acaso este dato pueda utilizarse para localizar el centro que se busca.

En el tercer caso, se percibía por el tacto, una depresión del cráneo inmediatamente por detrás de la región de la fontanela anterior; como es natural, dicha depresión aparece también en la placa radiográfica. Además de esto, en el frontal no se ve más que una cinta bien manifiesta de substancia esponjosa.

Presenta igualmente el orador placas radiográficas correspondientes á casos de afecciones occipitales. En una de ellas se ve la imagen característica de un neoplasma del cerebelo, y en efecto, en la autopsia se encon-

tró un tumor en la substancia blanca del órgano mencionado. Dicho tumor «blando», aparece también en la imágen radiográfica. En otro caso se ve un foco que ha invadido toda la superficie del cerebelo y del lóbulo posterior.

Termina el autor diciendo que sólo por defectos técnicos de las placas, no resulta posible diferenciar entre sí los exudados, los abscesos y los neoplasmas.

El Dr. *Arturo Schüller* dice que, reservándose para otra ocasión tratar de los hechos que ha dado á conocer el Dr. Benedikt, sólo se limita hoy á manifestar que no le parecen justificados los reparos que ha hecho Benedikt al procedimiento de reproducción radiográfica. Respecto á las indicaciones de la exploración con los rayos X en los casos de enfermedades cefálicas, se pueden establecer los grupos siguientes: *a*, traumatismos del cráneo producidos por cuerpos extraños, proyectiles, etc. Hay que incluir, además, las fisuras, impresiones, depresiones, etc., del cráneo; *b*, procesos destructores del cráneo; *c*, alteraciones hipertróficas del cráneo que se revelan como procesos locales ó difusos.

El Dr. *Miguel Grossmann* da cuenta de un caso de su práctica, en el que gracias tan sólo á la exploración con los rayos Röntgen, se pudo establecer un diagnóstico seguro; opina que tampoco en el diagnóstico rinológico se puede ya casi prescindir del método radiográfico de exploración, método que posee la cualidad de aclarar por completo el diagnóstico en casos sumamente obscuros.—(*Wiener Klinische Rundschau*).— R. DE VALLE.

PERIÓDICOS

Tratamiento del reuma articular agudo sin salicilatos. — El Dr. Hauffe refiere que en cinco años y medio han sido tratados en el hospital Gross-Lichterfilde (Dr. Schweninger) 233 casos de reumatismo articular agudo (133 hombres y 100 mujeres) con baños calientes y movimientos de las articulaciones enfermas, sin recurrir á los salicilatos. Los baños tienen una temperatura de 38'42 á 45° C. Su temperatura se va aumentando poco á poco dejando correr agua caliente. El resentimiento doloroso de las articulaciones disminuye en el acto en el baño. Después de esto se abriga muy bien el sujeto, pero no por más de una hora, y se rodean las articulaciones doloridas con un fomento de gutapercha y aceite, que es un medio excelente para provocar la hiperhemia. Tan pronto como se puede se sustituyen los baños generales por baños locales ligeros. Las complicaciones no contraindican los baños. Tan pronto como se ha calmado el resentimiento doloroso agudo en las articulaciones durante unas veinticuatro horas, se empieza con los movimientos pasivos, que se practican en el mismo baño ó poco después, porque es cuando provocan menos dolor. La postura en la cama conviene que se cambie á menudo y los enfermos habrán de levantarse lo más pronto posible. En este período puede sustituirse el vendaje

de gutapercha y aceite en los hombros, caderas y pecho, por el de trementina y gutapercha.

Una vez desaparecida la fiebre y cuando no quedan más que dificultad en los movimientos, procede apelar al chorro frío y á la ducha de lluvia de temperatura variable. También conviene en este caso provocar una gran rubicundez cutánea. Los individuos que, padeciendo de reuma articular, no guardan cama, se suspenden en el baño de aire.

Los resultados de este tratamiento son muy satisfactorios. Los casos de reumatismo blenorrágico se tratan lo mismo y á ninguno de ellos (28) le ha quedado la menor rigidez articular.

(*Therapie der Gegenwart*).— R. DEL VALLE.

Tratamiento de la tuberculosis ganglionar.— El Dr. A. Robin, recomienda el tratamiento siguiente, en la tuberculosis ganglionar del cuello. En invierno, y sólo cuando es bien tolerado, se administran 2 á 4 cucharadas de aceite de hígado de bacalao con una gota de tintura de yodo.

En estío, el aceite de hígado de bacalao se sustituye por el jarabe yodotánico.

Si el estómago funciona mal los arsenicales se administran en inyección hipodérmica, empleando el cacodilato de sosa á la dosis de 5 centígramos; la inyección se practica durante ocho días y se suspende por espacio de otros ocho. Si no hay trastornos gástricos se administra el arsénico por la boca:

Acido arsenioso	1 milígramo.
Bicloruro de quinina	5 centígramos.
Nuez vómica en polvo	1 —
Extracto blando de quina	5 —

Para una píldora.

Se toman 4 ó 5 en las veinticuatro horas, dosis máxima, durante quince días. Se suspenden por espacio de diez días y se vuelven á tomar durante otra quincena. El período de eliminación del arsénico, que varía de ocho á doce días, regula estos intervalos.

Si el ácido arsenioso es mal tolerado, lo que acontece con frecuencia, se emplea el licor de Fowler en combinación con la tintura de Marte tartarizada:

Licor de Fowler	aa 5 gramos.
Tintura de Marte tartarizada	

Cinco gotas dos veces por día, dosis que se eleva progresivamente hasta 25 gotas.

Los arseniales son mejor tolerados cuando se combinan con los amargos:

Licor de Fowler	5 gramos.
Tintura de ruibarbo	2 —

Tres á cuatro gotas, tres veces por día. La dosis máxima en las veinticuatro horas es de 15 gotas. El tratamiento local consiste en emplastos,

pomadas, inyecciones subcutáneas de licor de Fowler y en las aplicaciones radioterápicas.

El emplasto de Vigo es inútil. Puede emplearse, para contentar á la familia, una pomada resolutiva:

Yoduro de bario	20 centígramos.
— potásico	2 gramos.
Manteca	20 —

Para la inyección del licor de Fowler, se emplea la fórmula siguiente:

Se inyectan *dos gotas* en el espesor de la masa ganglionar, adoptando todas las precauciones asépticas necesarias. A los ocho días se inyectan *cuatro gotas*. Este medio sólo es eficaz en los casos en que no hay tendencia al reblandecimiento ó á la degeneración caseosa.

Es preferible la radioterapia. Se trata de que se absorba la mayor cantidad posible de rayos, conservando la integridad de la piel. Para evitar la radiodermitis, es preciso que entre la primera sesión de radioterapia y la segunda medie un intervalo de ocho días; este intervalo será de doce á quince días en las sesiones siguientes. Bajo la influencia de esta medicación, los ganglios se aislan y disminuyen de volumen, al formarse tejido cicatrizal fibroso. El tratamiento por los rayos X dura de siete á ocho semanas; si pasado este tiempo no se observa mejoría, debe suspenderse la radioterapia y emplear las inyecciones arsenicales. El estado general mejora además.

El número de glóbulos rojos y de los grandes mononucleares disminuye. Pueden sobrevenir accidentes: eritema, pigmentación de la piel, caída de la barba y del cabello, inconvenientes que se evitan alejando la ampolla, aumentando el intervalo entre las sesiones, protegiendo las partes cubiertas de pelo, etc.

Se evitarán, por último, las infecciones bucales, que pueden influir sobre el sistema ganglionar. Para obtener la antisepsia de la boca, se emplea el colutorio siguiente:

Naftol β	20 centígramos.
Perborato de sosa	15 gramos.
Agua de menta	200 —
— hervida	c. s. para formar un litro.

Antes de emplear esta preparación debe calentarse al baño maría. La antisepsia del oido y de la nariz se obtiene con la misma preparación.

La antisepsia de las vías respiratorias se obtiene haciendo dos á tres veces por día, pulverizaciones con el líquido siguiente, teniendo la precaución de colocar el aparato á cierta distancia de la boca y de la nariz:

Yoduro de alilo	1 gramo.
Acido hidrofluosilícico	2 —
Gomenol	10 —
Cocimiento de líquen Carragahen	c. s. para un litro.

Si es posible, los enfermos irán en marzo al Mediodía á tomar baños (un

kilogramo de sal por 100 litros de agua). En estío harán en la Bourboule la cura arsenical (agua en baños y en bebida), y en septiembre volverán á la costa.—(*Les Nouveaux Remèdes*, 8 octubre 1906).—F. Toledo.

La sueroterapia en la pulmonía.—El Dr. De Renzi dice que lleva más de diez años empleando con éxito el suero antipneumocócico de Pane. En una ocasión trató un grupo de pneumónicos, el más grave con el suero, y el otro con la terapéutica corriente, habiendo sido más favorable el resultado obtenido en el primer grupo que el alcanzado en el segundo.

Técnica: se inyectan subcutáneamente 40 centímetros cúbicos del suero, la mitad por la mañana y la otra mitad por la tarde. Con esta dosis, por violenta que sea la pulmonía, se cura el enfermo si antes estaba en buena salud y si se empieza el tratamiento al tercer ó todo lo más al cuarto día de enfermedad.

A las veinticuatro horas se revela el efecto en el estado general y en la fiebre, y en menor grado en el proceso local. La mejoría más bien se verifica por lisis que por crisis.—(*Riforma medica.*)—R. del Valle.

Una modificación de la gastrostomía.—Tavel aconseja modificar del modo siguiente la técnica de la gastrostomía: Se hace una incisión de 10 centímetros de longitud, de modo que $^2/_3$ de ella se halle por encima del ombligo y otro tercio por debajo. Abierto el abdomen, se elige un asa intestinal muy vascularizada y provista de epiplón lo más largo posible; se reseca un trozo de este asa, de 15 centímetros de largo, se envuelve en gasa y se unen los dos cabos intestinales cortados. Se punzan el mesocolon y el epiplón, y se introduce el asa intestinal á través de esta abertura, lo mismo que se hace en la gastro-enterostomía retrocólica. El cabo anal del trozo libre del intestino se une á una abertura practicada en la pared anterior del estómago, y el otro cabo se une á otra abertura practicada en la pared abdominal. De este modo puede alimentarse al enfermo sin manchar la herida operatoria, porque se forma así un nuevo esófago que ejecuta movimientos peristálticos en dirección al estómago, el cual retiene perfectamente los alimentos que se introducen en él. El Dr. Tavel ha practicado esta operación con éxito feliz, primero en dos perros y, por último, en un hombre. En uno de estos casos hubo vómitos.

(*The Therapeutic Gazette*, 15 octubre 1906).—F. Toledo.

Administración del mercurio por la vía rectal.—El Dr. C. Andry aconseja, para administrar el mercurio por la vía rectal, hacerlo bajo la forma de supositorios, cada uno de los cuales contiene aceite gris en tal proporción, que la de mercurio venga á ser de 2 á 4 centígramos.

(*Ann. de dermat.*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

NOTAS CLÍNICAS

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ RIBERA Y SANS

Catedrático en la Facultad de Medicina de Madrid.

I. Colecisto-enterostomía en caso de fístula biliar consecutiva á una colecistostomía: curación.—II. Exclusión de todo el yeyuno en un caso de neoplasma (probablemente epitelioma) del intestino delgado y del mesenterio: curación.

I

M. J. F., viuda, de sesenta y cinco años de edad, natural de La Roda (Albacete) ingresa en la Clínica quirúrgica, primer curso, el día 19 de febrero de 1904.

Es de buena constitución, y los antecedentes patológicos no tienen el menor interés ni se relacionan con la enfermedad que la obliga á ingresar en la Clínica.

La enfermedad actual se inició hace cinco años; sin causa para ella apreciable y sin hechos precursores, dice la enferma que se puso completamente amarilla, sin que tal hecho se acompañara de molestias muy intensas y sí tan sólo de algunos ligeros trastornos digestivos y algún dolor que la obligaron á permanecer en cama durante quince días, al cabo de los cuales recuperó aparentemente la salud, si bien persistieron algunos trastornos digestivos, que se acentuaron dos años después, notando la enferma que el vientre se le abultaba después de las comidas. Trasladóse de su pueblo á Madrid en 1903, y desde entonces empezó á tener frecuentes vómitos, dolor bastante intenso en el hipocondrio derecho, que se irradiaba, dando lugar, según expresión de la enferma, á cólicos que, si al principio eran poco intensos, fueron acentuándose, y en diciembre tuvo uno ya de relativa intensidad, acompañado de vómitos,

dolor intenso en el hipocondrio derecho con irradiaciones al brazo y hombro derecho, cólico que le duró cerca de dos horas. El 8 de febrero tuvo otro cólico, pero mucho más intenso y duradero que el anterior, acompañado de abundantes vómitos biliosos, quedando después un dolor sordo y contínuo en el cinturón epigástrico. Por entonces, el médico que la asistía notó la existencia de un pequeño tumor por encima y á la derecha del ombligo, por cuya razón y habiéndole aconsejado la operación, ingresó en mi Clínica en la fecha citada.

La enferma está regularmente nutrida, con cambio ligero en la coloración de la piel, más bien térrea que amarilla; está inapetente y hay estreñimiento; dolor fijo y bastante intenso en el hipocondrio derecho, con irradiaciones en la espalda y en el epigastrio.

Examinando el vientre, se advierte un ligero aumento de volumen por encima y á la derecha del ombligo, palpándose un tumor del tamaño de una naranja pequeña; doloroso á la presión; fijo y al nivel del borde del hígado, macizo continuándose su macidez con la del hígado.

Se hace el diagnóstico de litiasis biliar y la falta de ictericia nos induce á admitir que los cálculos están en la vejiga biliar.

Operé esta enferma el día 23 de febrero de 1904: incisión lateral supra-umbilical; incindido el peritoneo quedó al descubierto la vejiga biliar, que se encontraba muy distendida, y, por lo tanto, muy tensa. Punción aspiradora con la jeringa de Pravaz; salida de líquido obscuro é incisión amplia de la vejiga, protegiendo con compresas asépticas el campo operatorio. Salió una cantidad regular de un líquido amarillo, y juntamente con él unos cuantos cálculos pequeños; introduciendo el dedo por la abertura de la vejiga y ayudado con las pinzas, se dió salida á otros cálculos, en total 21, el mayor del tamaño de una avellana y los otros del tamaño aproximado de un guisante. Se hizo una irrigación con ácido bórico tibio; con la sonda se comprobó que el cístico y el colédoco estaban permeables. La vejiga presentaba extensas adherencias con la cara inferior del hígado y juzgué oportuno respetarlas.

La existencia del líquido turbio dentro de la vejiga me señaló el camino más conveniente que debía seguirse; achicar con la sutura la herida abdominal; reunir los bordes de la herida de la vejiga con los de la pared abdominal; desagüe de la cavidad vesical por medio de una tira de gasa y apósito aséptico, es decir, renuncié á la colecistostomía ideal optando por la colecistostomía.

El curso post operatorio no ofreció nada de particular; según los datos recogidos por el historiador Sr. Balda, la noche de la operación tuvo algunos vómitos; el primero y segundo hubo alguna elevación de temperatura, siendo la máxima el segundo día por la tarde, que alcanzó á 38°,5; la fiebre desapareció por completo al tercer día. Se levantó el primer apósito á los doce días; la incisión abdominal estaba cicatrizada, y por el orificio de desagüe salió una pequeña cantidad de líquido análogo al que llenaba la vejiga al ser operada; cinco días después se suprimía el desagüe, y el día 24 de marzo salió la enferma de la Clínica, al parecer completamente curada.

Pero la curación, como después se vió, no era más que aparente; durante el verano de 1904, y cuando ya se creía curada, empezaron de nuevo los cólicos, sin ir acompañados de ictericia, y advirtió en el vientre un tumor más grande y más blando que el anterior; al poco se abrió la herida operatoria, dando salida á una gran cantidad de bilis, cesando los cólicos, pero quedando constituída una fístula biliar muy abundante. Esto la obligó á reclamar de nuevo nuestra asistencia, acudiendo á la consulta pública á principios del curso de 1904 á 1905.

Al examinarla nos encontramos con una fístula por la cual fluye la bilis en bastante cantidad, y situada en la parte alta de la cicatriz resultante de la laparatomía hecha anteriormente, y una hernia en la parte baja de dicha cicatriz.

No dando resultado, por una parte, el empleo de una serie de inyecciones que suelen aconsejarse en tales casos, ni el uso de una faja que contuviera la hernia, juzgué de necesidad una nueva operación con el fin de procurar la curación de la fístula biliar y de la hernia ventral.

Operación, el 25 de febrero de 1905. Hice una incisión que bordeaba por el lado derecho la cicatriz anterior, con el fin de examinar las relaciones que presentaba la vejiga biliar con dicha cicatriz, penetrando con dicha incisión en la cavidad abdominal, viendo entonces que la vejiga, presentaba extensas adherencias con dicha cicatriz, además del punto en donde estaba la fístula biliar; otra incisión, que bordeaba el lado izquierdo, permitió la extirpación de la cicatriz antigua, excepto en el punto en donde estaba la fístula, pero de esta manera quedaba ya libre la vejiga de la cicatriz de las paredes y además quedaban extirpados los bordes del anillo de la hernia, que ocupaba la parte inferior de dicha cicatriz. Por medio

de un punto de sutura cerré provisionalmente la abertura fistulosa de la vejiga, y con el asa de hilo, usándolo como fiador, mantenía dicha abertura fuera de los bordes de la herida abdominal. Pude observar que la vejiga de la bilis estaba adherida, por sus caras principalmente, á la cara inferior del hígado y órganos próximos, y que sólo quedaba libre una porción de vejiga, alargada indudablemente por las tracciones, y comprendida entre el borde libre del hígado y el punto de unión de la vejiga con las paredes abdominales; pero dicha porción, sumamente friable, no se podía pensar en utilizar del todo, quedando apenas unos dos centímetros útiles. Era preciso extirpar todo lo friable, como así lo hice, y de esta manera quedaba una porción de vejiga libre, aunque corta, presentando en su centro una abertura de más de dos centímetros de extensión. Las fuertes adherencias no me permiten hacer la extirpación total de la vejiga; dadas las condiciones de contenido y de paredes, no me parecía prudente cerrar del todo la vejiga, así es que juzgué que lo mejor sería anastomosar la vejiga á un asa intestinal, á pesar de las dificultades que eran de esperar dado lo corto del manguito (pase la expresión) que constituía la porción libre de la vejiga. Busqué el principio del yeyuno, y atrayendo á la herida la porción de asa más próxima á dicho punto, hice una anastomosis de la vejiga con dicha asa; el borde posterior de la sección de la vejiga, cosido por una sutura serosa, á la serosa del intestino colocado en dirección transversal; abertura del intestino en el borde libre, ó sea opuesto á la inserción del mesenterio en la extensión de la abertura vesical; sutura muco-muscular posterior y después del borde anterior, y una vez anudados los cabos, terminación de la sutura serosa; es decir, hice una colecistoenterostomía que, en honor de la verdad, no presentó grandes dificultades. Reducción de los órganos anastomosados y sutura del abdomen por medio de una serie de puntos entrecortados que comprendían toda la pared, y una sutura superficial para adaptar bien los bordes cutáneos.

Los datos recogidos por el alumno historiador Sr. Estrada son los siguientes: algunos vómitos, que cesaron con el uso del agua de Seltz; la temperatura osciló entre 37° y 38°, y sólo una tarde el termómetro marcó 39°. La administración de un purgante bastó para que la temperatura descendiera á la normal.

No ocurrió otro accidente alguno, y parecía que todo seguía una marcha regular, puesto que ya la enferma empezó á hacer uso de una alimentación variada, cuando el día 8 de marzo, al examinar-

la, y cuando ya se habían quitado todos los puntos de sutura, nos encontramos desagradablemente sorprendidos al ver el vendaje manchado de bilis y de substancias alimenticias: al nivel de uno de los puntos de sutura profundos se había constituído una fístula biliar y excrementicia. Por fortuna, y como ocurre á veces con los trayectos fistulosos, en vez de ir en aumento se vió á los pocos días que tenía tendencia á disminuir, y las curas repetidas y la limpieza bastaron para que se corrigiera dicho accidente, y la enferma salió de la Clínica el día 26 de abril curada de su fístula biliar.

La observación, como se ve, no tiene nada de excepcional, por más que tampoco se la puede considerar como de práctica corriente, y mucho menos entre nosotros, puesto que las observaciones referentes á la cirugía de las vías biliares, por unas razones ó por otras que no son del caso especificar, se pueden considerar casi como excepcionales; por lo menos así debo expresarme por lo que á mí se refiere, y sin gran temor de equivocarme lo mismo se puede decir les ocurre á la mayoría de los cirujanos españoles, de lo cual resulta que observaciones que serían corrientes en otros puntos, aquí son raras; y si esto ocurre con lo que pudiera llamarse cirugía corriente de las vías biliares, con más razón se puede decir de la colecisto-enterostomía, que no es de los hechos que se repiten con más frecuencia. Y esta es la razón, y teniendo en cuenta que en la actualidad la cirugía intra-abdominal se caracteriza principalmente por las anastomosis y las exclusiones, esta es la razón, repito, que me ha inducido á exponer este caso de anastomosis, como razones análogas me inducen á exponer el siguiente caso de exclusión.

II

Trátase también de una mujer, M. R., de treinta y dos años de edad, casada, natural de Lopera (Jaén), que ingresa en la Clínica quirúrgica, segundo curso, el día 20 de abril de 1905.

No tiene antecedentes hereditarios ni patológicos dignos de mención.

La enfermedad que le obliga á ingresar en la Clínica data del mes de junio de 1904, en cuya fecha, y estando un día en el campo, empezó repentinamente á sentir dolores intensos de vientre en la región umbilical. Este dolor persistió, si bien mitigado, pero presentando exacerbaciones y acompañado de trastornos digestivos; digestiones difíciles, vómitos frecuentes al poco tiempo de comer, vomitando por lo general los alimentos que ingería, estreñimiento, y

una vez tuvo una hematemesis abundante. También le parecía á la enferma notar la existencia de un tumor pequeño, movible en las proximidades de la región umbilical. La enferma se desmejoró mucho á consecuencia de estos trastornos.

A su ingreso en la Clínica, á más de persistir los síntomas citados, se aprecia en la región umbilical un tumor movible y poco doloroso, sin que á simple vista se advierta aumento de volumen en el vientre. Se la somete al régimen lácteo, que tolera bastante bien la enferma, pues con él cesan los vómitos y disminuye bastante el dolor abdominal.

A los pocos días, un nuevo reconocimiento hace dudar de la existencia del tumor, porque no se percibe á la palpación, y sólo parece advertirse la existencia de una induración profunda en la región epigástrica, que se propaga hacia la región hepática.

Con estos datos era difícil hacer un diagnóstico; sin embargo, la existencia indudable de trastornos digestivos, por más que tolerara relativamente el régimen lácteo; y la existencia de un tumor, aun cuando no se encontrara en todas las exploraciones, inducían á admitir la existencia de un neoplasma del estómago, dando origen á fenómenos no muy intensos de estenosis pilórica, puesto que toleraba el régimen lácteo. De todos modos, para mí no admitía duda la necesidad de una operación.

Operación, el día 29 de abril de 1905. Laparotomía media supraumbilical. El estómago apareció normal; en el prejuicio de encontrar algo, dudaba de si había en el píloro una cicatriz que produjera algo de estenosis; si la cabeza del páncreas estaba más dura y aumentada de volumen comprimiendo el píloro, ó si no existía en el estómago nada anormal; pero como los trastornos funcionales y los dolores existían, juzgué que, á pesar de todas mis dudas, estaba indicada una gastroenterostomía. Sin embargo, antes de ello juzgué preciso un reconocimiento detenido de todo el paquete intestinal, por cuya razón, colocando el estómago en su sitio, introduje la mano en el vientre para explorar el intestino, y entonces, y no sin alguna sorpresa, encontré un tumor voluminoso que, atraído al exterior, resultó constituído por un conglomerado de asas intestinales del intestino delgado y por el mesenterio, formando nódulos con todos los caracteres que se observan en los epiteliomas; sembrado el mesenterio de ganglios y constituyendo el conjunto una masa tumoral enorme, que empezaba en el yeyuno, á muy poca distancia del duodeno, que comprendía todo el yeyuno y se extendía hasta el íleon;

advirtiendo desde el primer momento que había un estrechamiento muy marcado intestinal en el punto en donde principiaba el tumor, y en cambio, el cabo duodenal estaba enormemente dilatado, y su exploración daba á reconocer la existencia de cuerpos extraños detenidos allí, sin duda, por la estrechez intestinal debida á la masa neoplásica.

¿Qué camino seguir, dada la existencia de un tumor tan grande y de tan extensas lesiones intestinales? De no estar tan invadido el mesenterio y tan infiltrados los ganglios mesentéricos, hubiera optado por la extirpación, que debía haber comprendido la mayor parte del intestino delgado; pero como aun con ella no era posible extirpar todo lo enfermo, me pareció que lo único razonable y factible era hacer una enteroanastomosis, excluyendo toda la porción de intestino delgado enfermo, es decir, restablecer la circulación de las substancias alimenticias, dejando en reposo todo lo enfermo. Así lo hice, procediendo del siguiente modo: se colocó una pinza que comprimiera el intestino por encima del tumor, y en tanto que un ayudante con sus dedos comprimía la porción duodenal; sección del intestino por encima de la pinza, y entonces se pudo ver que la porción enormemente dilatada del duodeno contenía una porción de huesos de aceituna, de los cuales pudieron recogerse 36, siendo indudable que quedaron muchos todavía en el duodeno, porque en las maniobras que se hacían para extraerlos retrocedían á las porciones primeras de dicho intestino. Limpio en lo posible el cabo superior, procedí á anastomosarle con el íleon por debajo del conglomerado de masas intestinales y tumor, haciendo una anastomosis lateral en el borde libre del intestino y siguiendo la técnica común y corriente, y que, por lo tanto, no hay necesidad de describir. Quitando la pinza que se había puesto por encima del tumor, se comprobó la existencia de una estenosis pronunciadísima en dicho punto, lo cual explicaba la dilatación superior del intestino y que en la dicha porción duodenal dilatada se habían almacenado los huesos de aceituna, que dado su tamaño, no podían pasar. Sutura en bolsa de la sección periférica del intestino y reducción en el abdomen del paquete intestinal. De esta manera quedaba en comunicación directa la tercera porción del duodeno con el íleon, y todo el yeyuno excluído en la forma de exclusión unilateral.

El curso post operatorio no ofreció nada de particular; según las notas recogidas por el alumno historiador Sr. Isla, la enferma reaccionó bien, teniendo la tarde del día de la operacion 37° y 112 pulsa-

ciones; el día 30 sigue bien, sin dolores; la temperatura de la mañana era 37°,2 y el pulso 96; por la tarde, temperatura 37°,4, pulso 110. Principia á tomar leche el día 1.°; el día 2 hace espontáneamente la primera defecación post operatoria, sin molestia alguna ni dolor, y la temperatura y el pulso son normales. El día 9 de mayo se levantó el apósito, encontrándose la herida cicatrizada.

Siguió alimentándose de una manera paulatina, y cuando salió de la Clínica, el día 16 de mayo, el estado general era muy satisfactorio y soportaba toda clase de alimentos.

El análisis de uno de los ganglios extirpados no dió resultado positivo alguno, así es que no pudo resolver las dudas que haber pudiera acerca de la naturaleza de la masa neoplásica, que englobaba intestinos y mesenterio, por más que por todos los caracteres macroscópicos pudiera creerse se trataba de un epitelioma.

Como se ve, también este caso, sin ser excepcional, no es de los de la cirugía diaria, y esto y el estar estos asuntos á la orden del día, son los que me inducen á publicarle sin entrar en más detalles ni en las consideraciones pertinentes á las ventajas de la exclusión, porque sólo me he propuesto, hoy por hoy, referir un caso más, dejando para otras ocasiones hacer un estudio de lo que se refiere á la exclusión de partes del tubo digestivo.

CASO CLÍNICO NOTABLE DE TRAUMATISMO

POR

D. ANTONIO MARTÍNEZ LÓPEZ

Médico titular de Guadalix de la Sierra (Madrid).

Se trata de un joven de diecisiete años de edad, natural de Navalafuente, de esta provincia, bien constituído y con un desarrollo que está en relación con la edad que tiene.

En el mes de julio del pasado año, yendo montado en una caballería mayor y á galope tendido, viniendo de las faenas de la trilla, propias de la estación, sufre una caída del caballo, que según él mismo refiere, fué en decúbito lateral derecho, recibiendo el traumatismo principalmente en la fosa ilíaca derecha. Inmediatamente de la caída se levantó por su pié, terminando de llenar la misión

que iba á desempeñar, marchándose andando á su casa, que distaría unos 200 metros, sin que al parecer notara nada de particular. Por el momento no acusaba más dolor que el de la fosa ilíaca derecha, pero transcurridas que fueron unas tres horas (cuatro de la tarde), tuvo que meterse en cama, porque las piernas no le tenían y sentía malestar general, que según frase del mismo, no sabía qué le pasaba, pues se encontraba muy mal.

Solicitado el auxilio médico, me personé en casa del paciente, que dista cuatro kilómetros de mi residencia, y reconocido detenidamente, no pude apreciar cosa de particular alguna, nada más que un trisplanismo grande, escasa elevación de temperatura (37°,4) y el dolor grande en la fosa ilíaca derecha.

Mis investigaciones fueron dirigidas principalmente á ver si alguna víscera ú órgano importante había sufrido rotura ó desprendimiento de alguna especie, haciendo las preguntas consiguientes de si había habido hemorragia por boca, nariz, oídos, uretra, recto, etcétera, siendo la respuesta negativa, apreciando también al mismo tiempo que el dolor, la fosa ilíaca derecha más dura y abultada que la izquierda.

Salí de casa del enfermo no muy bien impresionado por el estado de conmoción visceral en que se hallaba, y haciendo saber á la familia mis temores de que pudieran presentarse fenómenos de importancia que comprometieran la vida del jovenzuelo.

Le dispuse fomentos constantes y calientes con la disolución de sublimado corrosivo al 1 por 1.000, *locus dolenti*, y el plan correspondiente al estado general, y con encargo especial de que me avisaran en cuanto notaran la cosa más insignificante.

A las dos de la madrugada del siguiente día vienen á buscarme con premura, pues el enfermo seguía cada vez peor, alarmándoles el que al verificar la micción, que no había hecho desde el traumatismo, saliera una abundante cantidad de sangre mezclada con la orina, y además les parecía tenía más calentura.

Personado lo más pronto posible en la casa, y en vista de la hematuria, investigué la causa de la misma con resultado negativo; pues ni en riñones, vejiga, uretra anterior y posterior, presentaba síntomas de rotura, ni siquiera de inflamación. El dolor en la fosa ilíaca derecha seguía siendo lo mismo, constante, permanente y más fuerte á la presión, existiendo cierto meteorismo que se extendía á la fosa ilíaca del lado opuesto y hasta el epigastrio. La fiebre ya se había elevado algunas décimas más, pues el termómetro marca-

ba 38°, todo esto acompañado de algunos vómitos y el estado general no era nada satisfactorio. A la percusión abdominal daba el sonido timpánico en toda la mitad izquierda y en el derecho, región traumatizada, sonido macizo completo.

Mandé suspender los fomentos constantes y calientes de sublimado que tenía dispuestos desde el primer momento, y prescribí el plan correspondiente al estado general, y en cuanto al local, fricciones repetidas con la pomada de belladona y mercurial doble, alternando con una mezcla de aceite de manzanilla alcanforado, éter acético y bálsamo tranquilo y además cuatro irrigaciones intestinales, todo esto con el objeto de ver si lograba hacer desaparecer ó disminuir el gran meteorismo que ponía en peligro la vida del paciente, prometiendo volver por la tarde, aunque mediaba la distancia ya dicha, lo primero porque me inspiraba serios temores el enfermo y lo segundo por el caso tan curioso que se me presentaba en mi práctica profesional.

Por la tarde aún le encontré peor, pues habían aparecido nuevos síntomas que comprometían más su vida: uno, que á las dos horas de marcharme los vómitos tomaron el carácter de fecalóideos, evacuó el intestino y salió mezclada con la deposición cierta cantidad de sangre negra; la fiebre había ascendido á 40°,2 y el meteorismo aún mayor, pues ya comprendía todo el abdomen. Dos ó tres veces que volvió á orinar, la segunda era clara y en cambio la última mezclada otra vez con sangre obscura, y todo esto sin aquejar dolor en el estómago, cabeza, recto, uretra, etc., salvo la fosa ilíaca traumatizada.

Llamaba mi atención la postura que adoptaba en la cama; decúbito lateral izquierdo, con el miembro abdominal derecho en adducción, tropezando el muslo con el abdomen, formando ángulo con la pierna, sin duda para relajar las fibras musculares y atenuar un tanto el dolor de la fosa ilíaca. Esta posición, unida á los síntomas mencionados, me hizo pensar en una peritonitis aguda ó en apendicitis, ambas producidas por el traumatismo, y para cerciorarme más de la apendicitis, busqué la línea de Mac-Burney, pero inútil, porque cada vez que intentaba hacerlo, el enfermo reforzaba sus ayes de dolor y era imposible por completo descubrir la línea dolorosa, dada la sensibilidad tan exagerada de todo su abdomen y especialmente en la tan mencionada fosa.

También llamaba mi atención el que deslizando la mano suavemente en sentido vertical por todo el abdomen hasta el hipogastrio,

se percibía un gorgoteo, más acentuado aún en el lado derecho, pero no gorgoteo como se observa en la fosa ilíaca derecha cuando se trata de una infección intestinal, sino que hasta me parecía percibir líquidos mezclados con gases en los movimientos de deslizamiento de la mano, que por percusión en cambio no se apreciaba líquido alguno, y como si estos líquidos y gases estuvieran entre el peritoneo y capas musculares. Me retiré muy mal impresionado, haciendo á la familia un pronóstico fatal.

Al día siguiente, tercero de enfermedad, y en la visita de la mañana, me dijo la familia que había pasado una noche malísima, que hubo momentos que estuvo luchando entre la vida y la muerte, llegando hasta el extremo de sufrir colapso, pero cuál no sería mi sorpresa al encontrarme con una remisión notable de todos los síntomas, incluso la fiebre, 37°,3 y el estado general más satisfactorio que el día anterior.

Los vómitos no habían vuelto á presentarse, la orina era ya completamente clara y las deposiciones muy fétidas, pero sin presentar el aspecto obscuro de sangre digerida de la primera que verificó después del traumatismo.

Por la tarde no me satisfizo del todo, pues tuvo su correspondiente acceso de fiebre, presentando los mismos síntomas que el día anterior, pero no con tanta intensidad.

Al día siguiente por la mañana le encontré mejor y por la tarde también tuvo el acceso de fiebre, pero menos que el día anterior, y en esta situación estuvo tres días más, remitiendo considerablemente los síntomas, hasta que desapareció por completo la fiebre, empezando á tomar fuerzas, dedicándose á los doce días á las faenas propias del verano.

Caso es este que se presta á consideraciones y reflexiones de importancia, porque entre el cortejo de síntomas presentados hay algunos de ellos que no tienen explicación satisfactoria, como son: la hematuria, melena, vómitos, meteorismo, gorgoteo.

¿Cuál ha sido su patogenia no existiendo síntomas de rotura de vejiga, uretra, herida del pene, lesión del riñón, estómago, ni otra víscera importante, asa intestinal, etc.?

Por fuerte, por intensa que sea la congestión, ¿puede producir hemorragia suficiente para salir al exterior en cantidad no despreciable, como en este caso ha ocurrido, sin que los órganos congestionados sufriesen otras alteraciones de mayor importancia que las referidas? Y esta es, á mi juicio, la explicación más satisfactoria que

puede admitirse. Congestión intensa de las mucosas gástrica, intestinal, vesical ó rotura de algún capilar con pequeño derrame sanguíneo, que por algún sitio tenía que salir y natural fuese por donde había comunicación con el exterior.

¿Puede producirse rotura intestinal, por grande, por intenso que sea el traumatismo, no habiendo herida al exterior, gozando de una movilidad tan exagerada como tienen las asas intestinales?

¿Por qué se presentaron en este caso los vómitos que pudiéramos llamar fecalóideos, el meteorismo tan exagerado y el gorgoteo que se percibía como si fuera mezcla de líquidos y gases entre el peritoneo y capas musculares, percibiéndolo sólo en los movimientos de deslizamiento en sentido vertical y no á la percusión, en las regiones ya dichas? Y sin embargo, no había rotura intestinal en este caso, porque entonces fatalmente hubiera terminado por la muerte y no por la curación completa, pues se hubiera presentado la peritonitis aguda, consecuencia inmediata de la rotura, y no obstante creo firmemente que en el caso presente han aparecido síntomas de la misma.

Puntos son estos que dejo y someto á la ilustrada consideración de mis dignísimos compañeros.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. Mortalidad infantil y estadística demografica sanitaria del decenio de 1895 á 1904, por D. León Palacios Carreño. Almería, 1905.

II. Instrucciones higiénicas acerca de la limpieza, por el Dr. Carlos Ferrand y López. Palencia, 1906.

III. Tratamiento de la tuberculosis por los productos bacilares, por el Dr. D. José Verdes Montenegro. Madrid, 1906.

I

Con remitir al lector al prólogo de esta obra, escrito por el doctor D. Modesto Lapuente con gran acierto respecto del juicio total de este trabajo y expresión de su mérito y de las cuestiones en ella planteadas, quedaba satisfecha esta nota bibliográfica. Pero con-

viene saber que las materias desarrolladas son las oportunas y deductivas del estudio perfecto de la estadística demográfica sanitaria de un decenio en Almería y las que es preciso remover para tratar el problema importantísimo de la mortalidad infantil.

Las causas radican en el medio social y en las condiciones de higiene y cultura de la madre y del hijo, y á base de esto el Dr. Palacios propone medios adecuados, razonados con ciencia y acierto, al objeto de alcanzar el efecto que se busca. Como dice el Dr. Lapuente, la obra del Dr. Palacios «abarca y razona casi todos los problemas que guardan estrecha relación con la higiene pública en su triple aspecto científico, filosófico y social».

Este trabajo, premiado en certamen científico literario, merece todo el aplauso que se dedica á lo bueno y útil; por eso nos complacemos en felicitar al Dr. Palacios Carreño con el mayor gusto, deseándole nuevos triunfos, pues con ellos ha de reportar grandes beneficios á la sociedad y á la Clase médica.

II

Es verdaderamente curiosa esta cartilla, en la cual el Dr. Ferrand y López demuestra conocer á fondo la cuestión higiénica que entraña la limpieza.

Este hábito, necesario al hombre en cuanto influye en su bienestar y salud, es de los que se hallan aún bastante descuidados, y es preciso educar en esta forma de propaganda para que por la cultura se imponga el uso de la limpieza corporal, tan necesaria en los pueblos que, faltos de condiciones higiénicas de otra índole, necesitan la ayuda individual para abordar el problema higiénico de todos los tiempos, que es la profilaxis de las infecciones.

La limpieza en la casa y en el individuo son los extremos sobre que giran los muy atinados consejos consignados en esta cartilla, que resulta científica, sencilla y, por lo tanto, de gran utilidad.

III

Son ya muchos los trabajos publicados por el Dr. Verdes Montenegro acerca de estos asuntos, y en éste, como en aquéllos, queda demostrada su competencia.

Basta relatar el índice de los capítulos contenidos en él para comprender lo completo de su publicación. La técnica de la preparación de dichos productos; la técnica de administración de la tuberculina en su comienzo, en el curso del tratamiento; la susceptibilidad

ndividual á la tuberculina, es tratado con el juicio clínico tan severo de su autor.

De los numerosos enfermos tratados en el Dispensario hace estudio para analizar lo que es la resistencia orgánica y lo que significa la fiebre, y da cuenta, como síntesis, de los resultados obtenidos en la expectoración, sudores, fiebre, etc.

Nos parece el trabajo altamente científico y digno de que sea conocido por la Clase médica para que juzgue de la verdad de este asunto.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 26 de Noviembre de 1906.

Fiebre tifoidea (*Continuación*).—El Dr. *Salas Vaca* celebra la oportunidad del Dr. Valle, y aportando al asunto los resultados de su práctica hospitalaria y particular, entiende que la fiebre tifoidea, siendo endémica en Madrid, sufre agudizaciones á temporadas, y que en la actualidad se encuentran los casos muy esparcidos, como lo prueba el tener á su cargo la asistencia de enfermos en los puntos más opuestos de la población; la clientela de hospital, es un fiel reflejo de lo que ocurre fuera, y es prueba de ello, que casi con simultaneidad se ha empezado á notar el ingreso de esta clase de enfermos, con la necesidad de su asistencia domiciliaria.

En la actual epidemia no se ve clara la etiología hídrica, afectando barrios y zonas de población, pero no puede negarse ser éste el medio más frecuente de transmisión.

En los caracteres clínicos por los que se manifiesta el proceso, hay una diversidad de tipos, que aun siendo análogos en lo fundamental de su semeiótica, difieren mucho de los cuadros clásicos asignados á los procesos eberthianos. Todos sabemos cuánta importancia se daba á la curva térmica, á las manifestaciones intestinales, á la postración nerviosa, á la depresión y demás fenómenos que caracterizaban los procesos tifosos; pues bien, desde hace tiempo, y casi entiende que desde que pudimos observar la epidemia de tifus exantemático, la confusión en los cuadros venía en tal manera, que si se olvida lo clásico de las descripciones, para estudiar en la clínica, la duda subsiste durante los primeros períodos y hasta en la marcha de los procesos que menciona; nada hay más claro en su apoyo que el gran número de fiebres tifoideas de principio brusco, de hipertermia y de formas hipertóxicas. Los cuadros anómalos por su benignidad, por la irre-

gularidad de la curva térmica y por la falta de los síntomas de postración que caracteriza las enfermedades tíficas son frecuentes también, como lo demuestran los enfermos á quienes se refieren las gráficas que presenta, en los que, su indiscutible naturaleza tifoidea, evolucionó con tales caracteres de atipia y benignidad, que sólo por la *suerorreacción* pudo afirmarse la naturaleza del proceso.

Al hablar de este elemento de diagnóstico, muy necesario, y por él constantemente empleado, dice que teniendo gran valor cuando es positivo, nada dice cuando por no ser tifoidea el caso en cuestión, ó cuando siéndolo el enfermo no tiene aún creadas las aglutininas que producen el fenómeno aglutinante, falta éste, quedándonos con la duda, que sólo desaparecerá en análisis sucesivos.

No debe olvidarse—afirma—que la aglutinación que responde á un fenómeno biológico y de energía defensiva, no tiene todo el valor que algunos suponen, pues siendo muchos los gérmenes de caracteres biológicos y patogénicos parecidos al bacilus de Eberth (paratíficos), la reacción aglutinante en ellos ha de producirse, teniendo necesidad de diferenciar en todo caso la aglutinación de grupo y la de especie; siendo, por tanto, el fenómeno un signo positivo en relación con la proporción del poder aglutinante del suero del enfermo.

Hace elogio del Dr. Durán, á quien debe estas enseñanzas, haciendo mención del diplococus por él encontrado en los enfermos de tifus, y al que se debe muchas formas de infección atípica estudiadas por el disertante en enfermos cuyo análisis é historia clínica figuran entre las observaciones de las infecciones de estos últimos tiempos.

Siendo relativamente benigno el pronóstico, llega al tratamiento, recordando algunos de los medios de uso corriente, pero declarándose partidario de una sueroterapia en estudio, y recordando que en casos tales, si de otro suero no puede disponerse, es práctico el empleo de sueros normales (caballo, cabra), que sólo por su condición de aléxicos estimulan actividades orgánicas é integran defensas normales.

El Dr. *O. Sánchez Calvo*: De la diversidad de opiniones emitidas por los afamados clínicos que han intervenido en esta discusión, deduce que no existe aún acuerdo ni en lo que á la etiología se refiere (él es partidario del contagio por el aire), ni en lo que afecta al diagnóstico y tratamiento de ese grupo ó familia eberthiana, que á juzgar por la diversidad de sus formas y manifestaciones, parece una familia muy mal avenida.

El Dr. *González Campo* dice que actualmente se padecen fiebres tifoideas y tifus exantemático que no deben confundirse por ser entidades patológicas absolutamente distintas, y no tienen de común sino el nombre de tifus con que indebidamente se conoce á ambas; los casos que no corresponden al tifus cree que son verdaderas tifoideas, que no se presentan siempre con todos sus caracteres clásicos intensos, sino en forma atenuada, que hace dudar á veces del diagnóstico.

Como Boas dice que «en la actualidad sólo tiene interés histórico el gorgoteo ileocecal de la tifoidea, acerca de cuya completa falta de significación reina acuerdo unánime entre los médicos ilustrados», y esto lo ha traducido el Dr. Valle en el *Tratado de Enfermedades del intestino*, pregunta á este

señor su opinión sobre el particular, ya que citaba el gorgoteo entre los síntomas de sus enfermos. El gorgoteo puede producirse normalmente.

Ha visto en esta epidemia tifoideos con epistaxis y sin ella, con y sin fiebre alta, con y sin síntomas nerviosos, y casos tan graves como uno en que sobrevino la muerte por peritonitis consecutiva á perforación intestinal. El bazo es palpable en unos casos y en otros no, pareciendo existir relación, como se ha dicho, entre su volumen y la gravedad de la infección. En general, sí parece realmente ser la actual epidemia relativamente benigna, pero hay que tener presente que la enfermedad, sea por condiciones del agente infectivo, sea por beneficios del tratamiento, es en nuestra época, en la mayoría de los casos, menos grave que la de tiempos anteriores. Muéstrase partidario de la teoría hídrica.

Existen bacilos que parecen ser eslabones de la cadena rota entre el de Eberth y el *coli*: son los paratíficos *A* y *B*. Se necesita para diferenciarlos atender á sus caracteres biológicos, por no tener características diferenciales morfológicas.

El mejor medio de diagnóstico de la tifoidea está en la sueroaglutinación facilitada por la casa Merk, que prepara el estuche de Ficker, utilizable sin laboratorio, y convirtiendo así en clínico el procedimiento. Pero ha de tenerse en cuenta que los bacilos paratíficos son aglutinados por el suero tífico, aunque más débilmente que el de Eberth, como también aglutinan el suero paratífico y el tífico, si bien éste menos que aquél. De suerte que si se duda si lo que padece el enfermo es tifoidea y el suero no aglutina ó aglutina poco el Eberth, se investigará si aglutina ó aglutina más un cultivo paratífico.

El bacilo *A* es vecino del de Eberth, el *B* del *coli*, y éste es el más frecuente. Según Widal, estos bacilos son paracolibacilos.

Respecto al tratamiento, cree perjudicial la quinina, sin que los beneficios de la baja temperatura que, si se logran, es con dosis grandes, compense los inconvenientes de su acción tópica en una mucosa enferma, hiperemiada y con ulceraciones. En cambio, según parece, el piramidón no perjudica y casi con seguridad baja la fiebre.

Los enemas, en su concepto, obran como antisépticos mecánicamente, que es el único modo posible de obrar estos medios; y no es razón el que el organismo esté ya infectado para no emplearlos con tal objeto, porque con su uso se evitará la entrada de nuevas bacterias y la absorción de sus toxinas, por lo cual se hallan indicados siempre, no en forma de enemas, sino de irrigación intestinal.

La hidroterapia estimula el sistema nervioso, favoreciendo el metabolismo nutritivo, levantando la tensión arterial, favoreciendo la respiración y la diuresis y rebajando la temperatura.

No debe dejarse levantar al enfermo hasta bien avanzada la convalecencia, días después que haya empezado á comer, porque los movimientos son peligrosos en enfermedad que puede originar perforaciones del intestino. La alimentación habrá de ser líquida, mientras pase la temperatura de 37° á cualquier hora, no creyendo conveniente que estos enfermos coman antes, por benigna que parezca la infección.

El Dr. Yagüe: La oportunidad y el acierto de la comunicación del doc-

tor Valle son grandes, por lo debatido del proceso y lo numerosos que actualmente son estos enfermos.

Los motivos de confusión arrancan en particular de lo borroso de los cuadros clínicos, bien lejanos de los clásicos y precisos con que era dable observar la fiebre tifoidea hace veinte años, y menos veces en algunas localidades.

De los enfermos que nos ha sido dable ver, hemos podido deducir que se les puede reunir en tres grupos: uno, el más numeroso, afectados de fiebre tifoidea, con formas vagas, mal definidas y algunas veces tan lentas, que se hacen penosísimas para enfermo y médico; otro, formado por menor número, de tifus exantemático, las más de las veces bien caracterizable y algunas de síntomas menos precisos; y un tercero, de raros casos de fiebre de Malta, comprobable por las necesarias investigaciones de laboratorio; y aunque en estos grupos las formas bien definidas y delimitables fueran las menos, forzoso asimilar á ellas las menos precisas y considerar como tifoideas, puesto que sobre todo lo contraprueba la anatomía patológica, las formas menos caracterizadas.

En cuanto á tratamiento, casi más que lo que hay que hacer, es necesario saber de lo que hay que abstenerse. Sin valor positivo los antisépticos, sólo pueden considerarse como útiles los purgantes empleados con moderación, al comienzo y en relación con los particulares de cada caso, y las irrigaciones intestinales con sonda y escasa presión. De los medicamentos, la quinina, á dosis tónica, puede ser quizás, no sostenida, la más conveniente.

Considera indispensable insistir en el reposo y la alimentación sólida tardía después de la cesación completa de la fiebre, por temor á la perforación y la recaída, casi constante cuando no se extreman los cuidados en la gradación alimenticia.

El Dr. Benítez: El cuadro clínico de la dotienenteria, tan distinto en las diversas formas, acarrea dificultades diagnósticas á veces insuperables.

Muchos son los casos en que, desde el punto de vista clínico, sólo por la curva térmica y por exclusión pueden clasificarse de fiebre tifoidea. El serodiagnóstico nos da á conocer la fiebre tifoidea producida por el bacilo de Eberth, la colibacilar y las intermedias ó paratíficas *A* y *B*, cuyos causantes parecen ser respectivamente los bacilos Brion y Kayser y de Schottmuller. Estas fiebres serodiagnosticables por dar aglutininas semejantes y variables según el grupo á que pertenece el bacilo correspondiente y con titulaciones de sueros ya estudiados, tienen también un curso clínico semejante, aun dentro de la variabilidad dependiente de su duración y gravedad. Pero frente á estas fiebres parece ser que desde hace algo más de dos años se padece otra afección febril que clínicamente puede diferenciarse de aquéllas por aparecer súbitamente, con fiebre elevada, y algunas veces, y durante algunos días, con intermitencias tan exageradas que se asemejan á los accesos de origen palúdico; por la hiperemia conjuntival, neuralgias periféricas diversas y en repetidos casos erupciones roseólicas más ó menos extensas ó tardías y en ocasiones hemorragias. El curso febril durante el período estacionario se parece al de la fiebre tifoidea. Faltan los síntomas importantes de origen abdominal, hasta el punto que los enfermos no aquejan á la presión una sensibilidad mayor que la normal en la fosa ilíaca

derecha, ni suele percibirse muchas veces infarto del bazo, ni tampoco la diarrea es frecuente. El estado general, satisfactorio unas veces y otras grave, da al enfermo en la mayoría de los casos una fisonomía especial de afecto infeccioso. Yo he tenido ocasión de asistir enfermos de éstos diagnosticados por otros clínicos de fiebre tifoidea ó de paratifus, y como en algunos se hizo por el Dr. Durán la investigación de la sangre, de la orina y de las heces fecales, comprobándose la existencia del diplococo dado á conocer por él, creo poder deducir que además de la fiebre tifoidea y de los diferentes paratifus existe, confundiéndose muchas veces con éstas, otra afección completamente distinta; clínicamente, por su modo de invadir el organismo, por su sintomatología, por su patocronia y por su modo de terminar; y bacteriológicamente por no dar la franca aglutinación que corresponde á las fiebres con quienes pudiera confundírsela, ni encontrarse aquellos bacilos, sino el referido diplococo patógeno, no asociado, en las heces fecales, en la orina y con abundancia en la sangre.

Partidario de los tratamientos farmacológicos sencillos y de la balneación, considera la seroterapia como el recurso más racional y científico contra la fiebre tifoidea, y á este propósito cita también el suero obtenido por los Dres. Salazar y Durán para combatir la enfermedad, en la que, lejos de encontrarse el bacilo Eberth, ó el coli, ó los paratíficos, se encuentra en la sangre, en las heces y en la orina el repetido diplococo patógeno.

En cuanto á la etiología, dice que habiendo observado con rara excepción casos de las enfermedades de que acabo de hablar, en los que sistemáticamente hacen uso del agua filtrada, creo se debe aconsejar esta medida profiláctica.

PERIÓDICOS

El autan: desinfección por el aldehído fórmico. — El Dr. Carbonell ha publicado en los *Archivos de Ginecopatía, Obstetricia y Pediatría*, un artículo ponderando las excelencias de este nuevo desinfectante. De tan interesante trabajo entresacamos los siguientes párrafos:

«El óxido de metileno, conocido con el nombre de aldehído fórmico, es un gas cuya molécula está constituída por cuatro átomos: uno de carbón, otro de oxígeno y dos de hidrógeno; y cuando su solución acuosa (la del comercio, ó formol, es al 40 por 100) es llevada más allá del punto de saturación, la composición de la molécula cambia, constando de doce átomos: tres de carbón, tres de oxígeno y seis de hidrógeno, y toma la forma cristalina, que es el producto conocido con la denominación de paraformo.

La desinfección por medio de las soluciones de aldehído fórmico es activísima; los gérmenes fáciles de destruir lo son por las soluciones atenuadas hasta el 1 por 100.000, y los de más resistencia son esterilizados por la solución al 1 por 1.000, cuya acción de contacto sobre la piel de las manos es nulo aun siendo prolongado.

Se ha de tener presente que, siendo el *autan* una preparación de aldehí-

do fórmico que deja á éste en libertad al reaccionar con el agua, es preciso que esté bien conservado. Esta circunstancia de desprender el *autan* aldehído fórmico lentamente con el contacto de la humedad del aire, permite aprovecharlo para mantener una atmósfera germinicida alrededor de los enfermos de infecciones que puedan ser influídas favorablemente por el formaldehído, ó en todo caso, como desodorante y con objeto profiláctico para los que cuidan ó se acercan al paciente. En consonancia con esto, si la cantidad de agua que se emplee para mezclar con el *autan* es insuficiente, la reacción es también menos viva y más durable, pudiéndose así acomodar la rapidez del desprendimiento al fin que se persiga.

La cantidad necesaria de autan por metro cúbico es de 35 gramos; pero si se trata de aposentos de gran capacidad puede reducirse á 30 y aun á 25 gramos por metro cúbico, porque no es la capacidad absoluta, sino las superficies las que se han de desinfectar. Dicha cantidad de *autan* produce $^1/_4$ de milígramo de aldehído fórmico por litro de aire á los veinte minutos de la reacción; y para lograr igual resultado precisa emplear 15 gramos de aldehído fórmico en lugar del autan.

Los experimentos de laboratorio con el *autan* confirman una vez más la sorprendente eficacia germinicida del aldehído fórmico; los algodones hidrófilos impregnados de pus y de excreciones de enfermos infectivos resultan estériles; los estafilococos secados en papel de filtro y metidos en un sobre de carta cerrado, son igualmente destruídos. Cualquiera puede comprobar esa actividad destructora de los microbios, aun con pequeñas cantidades de autan, operando en espacios reducidos y sin más aparatos que un caldo estéril y un cultivo de una bacteria que no sea exigente en temperatura alta y constante para su desarrollo, como, v. gr., el diplococo de la pneumonía, y aun el bacilo de la fiebre tifoidea mientras se haga el ensayo en verano, en que la temperatura no baja de 18 á 20° C.

Por consiguiente, dada la sencillez del procedimiento del *autan*, y la perfección de las condiciones que precisa reunan todos los procedimientos de desinfección por el aldehído fórmico, creemos que será fácil y definitiva la generalización del método de Eichengrün».

Tuberculosis osteo-articular. — El ilustre profesor de la Facultad de Medicina de Sevilla, Dr. D. Manuel Panizo, ha publicado un notable trabajo en la *Gaceta Médica* de aquella capital, acerca de este asunto, el cual resume en las siguientes conclusiones:

«1.ª El estudio de la tuberculosis de los huesos y articulaciones constituye hoy uno de los problemas más interesantes que el médico tiene que resolver, porque estos procesos tuberculosos diezman á la humanidad, y de la localización del tubérculo en un hueso ó en una articulación se pasa á la infección visceral, siendo la tuberculosis del pulmón la forma más frecuente.

2.ª La patogenia de la tuberculosis, lo mismo la de los huesos y articulaciones que la visceral, es única, encontrándose el bacilo de Koch en todas ellas, y aunque se admiten formas pseudotuberculosas confundidas con la escrófula, éstas constituyen la excepción.

3.ª En la potogenia de las tuberculosis articulares, admitimos las formas

microbianas, las puras y las mixtas ó asociadas, así como su mayor ó menor grado de virulencia y por tanto su más ó menos malignidad.

4.ª La etiología de las osteo-artritis tuberculosas es la misma que la de todas las lesiones tuberculosas en general. La herencia, el contagio, el género de vida, la alimentación, aireación y los medios sociales en que se desarrolle y vive el individuo, contribuyen mucho cuando éstos son antihigiénicos al desarrollo de la tuberculosis.

5.ª Contribuye también al desarrollo de la tuberculosis en los huesos, como causa predisponente local la estructura de ciertas epífisis de los huesos largos, como el tejido esponjoso, originándose verdaderos nidos de tisis ósea, que luego se propagan á la articulación y á las diáfisis.

6.ª Respecto á la transmisión de la tuberculosis y su entrada en el organismo, está demostrado que el bacilo se encuentra en todas partes, en todo cuanto nos rodea, en el aire, en los esputos desecados, en la leche, etc., y las vías de introducción especialmente son las respiratorias y digestivas, la piel, etc., siendo más frecuente por las primeras.

7.ª Siendo uno el proceso tuberculoso, si llamamos tuberculosis quirúrgica á la de los huesos y articulaciones, es porque son del dominio de la terapéutica operatoria, al paso que la tuberculosis pulmonar es del dominio del médico, por más que se hayan hecho tentativas operatorias en esas vísceras, que no han dado resultado.

8.ª La tuberculosis de los huesos es más frecuente en las epífisis de éstos en los niños, al paso que la diafisaria es más común en los adultos.

En la epífisis aquellas que tienen más tejido areolar y menos compacto son las más invadidas.

8.ª En la sintomatología de las osteo-artritis tuberculosas encontramos tres períodos, el primero que es insidioso, el segundo de supuración y el tercero de fístulas y de infecciones asociadas.

10.ª En el último período de las artritis tuberculosas observamos no sólo las fístulas, sino el acortamiento del miembro, las luxaciones patológicas y las actitudes viciosas.

11.ª La marcha, duración y terminación de estos procesos suele ser lenta, insidiosa y crónica, no siendo raras las recidivas, la infección general á las vísceras, la tuberculosis pulmonar consecutiva, y á veces consistente ya con la lesión ósea ó articular. Por lo general las artritis tienen una evolución más lenta que las lesiones óseas, y terminan por la curación, ó por quedar anquilosado un miembro.

12.ª En el diagnóstico de estos procesos no basta con fijarnos en el período en que se encuentra la lesión, sino en el conmemorativo y en el estado general del enfermo la edad, su profesión, etc., así como el período de evolución del proceso, su marcha, etc., para no confundir ciertas neoplasias discrásicas con el proceso tuberculoso.

13.ª El pronóstico de las osteo-artritis tuberculosas depende de la forma anatómica, de la forma microbiana y de sus variedades clínicas.

14.ª El tratamiento puede ser médico ó farmacológico, higiénico y sobre todo quirúrgico. Los medios higiénicos deben ser los primeros porque muchas veces, acudiendo á éstos, no necesitamos ni los farmacológicos ni los quirúrgicos.

15.ª Entre los medios externos que empleamos para la tuberculosis osteo-articular merecen ser adoptados el masaje, los baños salinos y sulfurosos, además de la cura al aire libre en el campo, en las playas, etc.

16.ª El tratamiento quirúrgico comprende los métodos no cruentos y los cruentos ú operatorios. Los primeros y á los que se les da la preferencia son la inmovilización, la compresión, la revulsión, las inyecciones intersticiales y la electrolisis.

17.ª Los métodos cruentos están representados por el raspado ó curetaje y por la excisión de las parte enfermas. En las lesiones tuberculosas de los huesos el raspado y la cauterización con el termo, los lavados con el cloruro de zinc al 10.° y el relleno con la gasa yodofórmica merecen la preferencia.

18.ª En las artritis tuberculosas, cuando fracasan los medios incruentos, debe darse la preferencia á la artrotomía para investigar el estado de la articulación, y si las alteraciones que encontramos son de tal naturaleza que no baste con la artrotomía y el lavado de la articulación, se impone la artrectomía ó extirpación de la sinovial y demás tejidos de la articulación, respetando las partes sanas.

19.ª Las resecciones deben dejarse para los casos en que las lesiones óseas sean de tal naturaleza que no bastando el raspado ó estando las epífisis muy destruídas, se haga precisa la resección, pero hemos de ser muy reservados, sobre todo en los niños.

20.ª La amputación debe dejarse para aquellos casos en que el miembro se encuentre afectado de una osteomielitis tuberculosa, primitiva ó consecutiva á la lesión articular, el estado general se agrave por los progresos de la infección y sea necesario sacrificar un miembro para salvar la vida».

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

Sesión del día 20 de Noviembre de 1906.

De la disentería bacilar.—El Dr. CHANTEMESSE: Es indudable que la disentería de los ejércitos en campaña y la disentería epidémica de los países europeos, sólo provoca muy rara vez los abscesos del hígado, mientras que estos abscesos son muy frecuentes en la disentería de ciertos países cálidos y además tienen un aspecto anatómico particular. Se sabe hoy que esta última clase de disentería es debida á una variedad especial de amibos, y que la sangre de dichos pacientes no aglutina el bacilo disentérico. La otra variedad, la de nuestros países, también existe en ciertos países cálidos; por

lo tanto, la división de las disenterías en epidémicas, endémicas y de los países cálidos, no significa nada. Es necesario abstenerse de esas palabras vagas y hacer entrar en la definición la etiología bacteriológica. Al lado de la disentería de amibos, hay la disentería bacilar. Esta se propaga á menudo en forma epidémica, y la sangre de los enfermos que la padecen aglutina el bacilo disentérico.

Como ha dicho el Dr. Lancereaux, esta disentería de nuestros países también alguna vez, aunque rara, provoca abscesos del hígado, como lo prueban estas piezas anatómicas que os presento. En un enfermo con ulceraciones disentéricas del colon se desarrollaron adherencias entre el ángulo derecho del colon y la cara inferior del hígado; la ulceración disentérica se propagó por contigüidad á la glándula hepática, y el enfermo sucumbió á una supuración del hígado. El microbio que encontramos era semejante al que había aislado con Widal en 1888, y que habíamos presentado á la Academia como el germen específico de la disentería epidémica.

Del cáncer. —El Dr. Cornil: El cáncer, que en clínica se le reconoce por su extensión, por su propagación á los ganglios y por las metástasis lejanas, está constituído, desde el punto de vista anatomopatológico, por una serie de variedades definidas, que cada una tiene su gravedad propia, la cual es, por lo demás, variable según el tejido y el órgano en que se desarrolla. Si se trata de graduar, teniendo en cuenta cada variedad anatomopatológica, su malignidad especial, es necesario, pues, tener en cuenta también su localización. Los sarcomas, por ejemplo, muy graves en los miembros, en los huesos y en el periostio, lo son mucho menos en el dermis; el sarcoma de mieloplaxos puede no redicivar después de la ablación. El sarcoma tiene muchas afinidades con el fibroma, y un tumor de la pared abdominal extirpado y que presenta los caracteres del fibroma podrá recidivar en forma histológica de sarcoma. Esta variedad puede complicarse de un verdadero epitelioma ó de un condroma. El epitelioma tubulado y glandular es la forma más grave, y, sin embargo, cuando se presenta como un escirro atrófico de la mama, puede, aunque sea rara vez, ser compatible con una supervivencia de diez, quince ó veinte años, haya ó no haya sido operado. El epitelioma tubulado ó lobulado con células de Malpighio, tan temible en la lengua, en el labio y en el ano, no tiene, al contrario, peligros grandes en la piel de la mejilla, de la nariz y de la frente. El epitelioma con células cilíndricas, tan rápido en su evolución, fatal en el estómago y en el recto, es casi benigno en la mama.

Los quistes del ovario (epitelioma mucoso papilar) que no recidivan después de la ablación, se generalizan algunas veces al peritoneo y van seguidos de muerte. El condroma, de ordinario benigno en las glándulas salivares, puede dar metástasis lejanas, pulmonares, cuando está localizado en la raíz de los miembros.

Es necesario, pues, que todo tumor sea examinado con cuidado y esta será la primera condición de un Instituto anticanceroso para dirigir la estadística completa, por la observación de los enfermos pasados tres, cinco ó más años si sobreviven. El laboratorio de un Instituto de esta clase deberá examinar y determinar el género y la variedad de cada neoplasia, que le será enviada y debe ser impersonal y abierto para todos, contando, al lado de

un departamento de estadística, con un laboratorio de investigaciones bacteriológicas y experimentales.

El Dr. Hallopeau: Sobre todo importa prevenir el desarrollo de las leucoplasias, en las que se ingerta el cáncer de la lengua, puesto que se trata de deuteropatías sifilíticas, es decir, alteraciones que se producen bajo la influencia de la sífilis para evolucionar después independientemente de su causa provocadora. El tratamiento específico debe ser impotente necesariamente contra estas leucoplasias una vez desarrolladas, mientras que es eficaz contra los sifilomas linguales que representan el punto de partida y pueden recidivar durante muchos años. Es necesario destruir en su comienzo á cada una de estas localizaciones, lo cual se consigue con un tratamiento principalmente local y que consiste en cauterizaciones con el nitrato ácido de mercurio, ó en la ingestión de 15 á 20 pastillas de un milígramo de sublimado que se disuelven sucesivamente en la boca, con lo cual se consigue una especie de baño prolongado de la lengua en una solución de esta sal y constituye un poderoso medio de acción á la vez local y general.

Desgraciadamente estas medidas profilácticas serán omitidas por la mayoría de los interesados, como lo son diariamente los simples medios de no contraer la sífilis. Por lo tanto, el peligro señalado por el Dr. Poirier es inminente y de gran necesidad la creación de su liga anticancerosa.

Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 21 de Noviembre de 1906.

Fracturas bimaleolares. — El Dr. *Lucas-Championnière* dijo que estaba de acuerdo con el Dr. Delbet respecto á la imposibilidad de la reducción perfecta de estas fracturas, pero no en lo que se refiere á la cloroformización. Ha obtenido siempre buenos resultados á condición de adoptar todas las precauciones necesarias para prevenir los accidentes que puede producir la agitación preanestésica, en los alcohólicos, por ejemplo; basta mantener á estos heridos bajo la acción suficientemente prolongada de la morfina.

Otro punto sobre el que el Dr. Championnière no está de acuerdo con el Dr. Delbet, es el del sitio en que debe hacerse la operación rectificadora en los casos de deformidad de la pierna consecutiva á estas fracturas. El Dr. Delbet cree que debe pasar por el foco de la fractura. El Dr. Championnière cree, por el contrario, que debe practicarse por encima de este foco. Dicho método ha producido siempre los mejores resultados.

Difiere también de la opinión del Dr. Delbet respecto á la patogenia de estas deformaciones secundarias de la pierna, de las que ha observado varios casos, y que sobrevienen aun después de reducciones ejecutadas con la mayor corrección posible y después de un tratamiento suficientemente prolongado, y aun cuando al andar el enfermo la consolidación de la fractura parecía perfecta. El Dr. Championnière cree que estas desviaciones son

debidas á la insuficiencia del callo por defecto de nutrición del hueso inmovilizado durante mucho tiempo en un apósito. Para remediar la deficiencia de la nutrición es necesario emplear lo antes posible el amasamiento y la movilización pasiva, y aun así no puede afirmarse que no sobrevenga al fin una desviación secundaria.

El Dr. *Schwartz* cree que para evitar en lo posible las desviaciones secundarias del pié á consecuencia de las fracturas bimaleolares, es preciso observar las siguientes reglas de tratamiento:

1.ª Reducirlas lo antes posible, si es necesario cloroformizando al enfermo. Cuando hay inflamación, aplicar el apósito de férulas y almohadilla de Dupuytren y dejarle aplicado hasta que la inflamación haya desaparecido casi por completo, y sustituirle después por un apósito fuerte de escayola.

2.ª Dejar aplicado este último apósito durante cuarenta ó cincuenta días, vigilando su adaptación exacta.

3.ª Tratar al herido por la movilización y el amasamiento sólo cuando la consolidación sea completa y vigilarle en las primeras semanas que se le permita andar, previniéndole la posibilidad de las desviaciones secundarias.

Fractura de Maisonneuve.—El Dr. *Quénu* presentó una radiografía de esta variedad rara de fractura que ha tenido ocasión de observar recientemente. Esta lesión consiste en una fractura del peroné, localizada más ó menos, por debajo de la cabeza del hueso y producida por la simple diástasis, sin fractura de los maleolos.

El Dr. *Routier* dijo que hace algunos años publicó dos casos de fractura del peroné de este género, es decir, por diástasis peroneotibial anterior.

El Dr. *Potherat* manifestó que había observado un caso típico que curó por la aplicación de un apósito simple de escayola.

El Dr. *Sieur* dijo que había observado también dos casos que curaron perfectamente por los baños, el amasamiento y la contención de la articulación tibiotarsiana. Sólo se hizo en uno de ellos la radiografía, que demostró la integridad de los maleolos.

Tratamiento del cáncer del cuello uterino por la histerectomía abdominal.—El Dr. *J. L. Faure* expuso los resultados ulteriores de la histerectomía abdominal en los casos de cáncer del cuello uterino.

Desde el 5 de agosto de 1896, fecha de su primera operación, ha practicado 40 histerectomías abdominales por cáncer. La técnica operatoria varió en los distintos casos. Esta técnica ha pasado por tres períodos: en el primero, que comprende hasta fines de 1901, la técnica fué insegura y el Dr. Faure practicó operaciones irregulares de tanteo; á principios de 1902 comenzó á emplear la técnica de Wertheim, y desde los primeros meses del año actual ha ejecutado cierto número de histerectomías por el método vagino-abdominal.

Durante estos tres períodos sucesivos, la gravedad de la intervención operatoria ha ido disminuyendo sin cesar. La primera serie comprende 15 casos con 9 muertes (60 por 100 de mortalidad); la segunda, 18 casos con 6 muertes (33 por 100 de mortalidad); la última, 7 casos con una sola muerte (14 por 100 de mortalidad). La gravedad operatoria considerable de las dos primeras series de operaciones se debe principalmente, según

cree el Dr. Faure, á que operó enfermas con lesiones demasiado extensas que exigieron grandes destrozos y disecciones largas y molestas. Todas las muertes, excepto una, fueron consecutivas á la hemorragia ó á los accidentes septicémicos.

De las 24 enfermas que sobrevivieron á la operación deben eliminarse las seis últimas operadas, la que más hace seis meses, fecha muy reciente para sacar deducciones: dos de ellas, que tenían lesiones gravísimas y que fueron sometidas á una operación incompleta, se hallan en plena recidiva; las otras cuatro disfrutan excelente salud. Las 18 operadas restantes pertenecen seis á la primera serie y 12 á la segunda. Las seis primeras comprenden: una enferma perdida de vista; tres recidivas rápidas; una recidiva á los seis años (esta enferma, que fué operada por vez primera hace ocho años y dos meses, vive aún); una curación que data de siete años y siete meses. Las 12 de la segunda serie comprenden: una perdida de vista; una recidiva rápida; una recidiva seguida de muerte á los veintitrés meses; nueve curaciones (una desde hace un año y dos meses; una desde hace un año y cuatro meses; una desde hace dos años y cuatro meses; una desde hace dos años y diez meses; una desde hace dos años y cuatro meses; una desde hace tres años y seis meses; una desde hace cuatro años; una desde hace cuatro años y cinco meses; una desde hace cuatro años y seis meses).

Por consiguiente, aun contando las dos enfermas desaparecidas como muertes por recidiva, se ve que de 18 hay 10, ó sea el 55 por 100 que ha sobrevivido bastante tiempo á la operación y muchas con curaciones que parecen durables. Considerando sólo las enfermas operadas por el método de Wertheim, se ve que de 12 que han sobrevivido á la operación, en nueve no se ha presentado la recidiva en un período que varía de un año y dos meses á cuatro años y seis meses. La operación de Wertheim es larga, difícil, molesta, pero el resultado que permite obtener prueba que recompensa con creces al cirujano el trabajo que da. Las enfermas sometidas á esta operación tenían todas lesiones avanzadas y dos ó tres podían considerarse casi como inoperables.

Si á pesar de esto se han obtenido en dichos casos buenos resultados, hay motivo para creer que operando pronto y con buena técnica, se obtendrán éxitos más brillantes aún, como ocurre en el cáncer mamario. Es necesario que se convenzan de ello los médicos, que son los primeros que ven los cánceres del útero.

Hipertrofia mamaria funcional anormal.—El Dr. *Chaput* presentó una joven parida hace cinco meses y cuyas dos mamas aumentadas anormalmente de volumen tienen además una consistencia leñosa, con abolsamientos y ulceraciones que podrían hacer creer á primera vista que se trataba de una neoplasia maligna bilateral. Había infarto ganglionar en ambas axilas. En realidad, según el Dr. Chaput, no se trataba en este caso más que de una simple hipertrofia funcional exagerada de las glándulas mamarias. Las tumefacciones aparecieron en los últimos meses del embarazo y después del parto han disminuído considerablemente de volumen bajo la acción de un vendaje compresivo.

Hidroposía de la vesícula biliar. — El Dr. *Routier* presentó una vesícula biliar extirpada por colecistectomía. Estaba muy distendida á causa de la

hidropesía debida á cálculos biliares enclavados en el cuello del órgano. El resto de las vías biliares era permeable. Este caso de vesícula biliar distendida por líquidos incoloros á consecuencia de una simple obstrucción calculosa de su cuello, es una excepción manifiesta á la ley de Courvoisier-Terrier.

El Dr. *Hartmann* cree que la dilatación de la vesícula no debe hacer pensar en una neoplasia del páncreas más que cuando va acompañada de ictericia. Ha observado y operado varios casos de mucocele de la vesícula.

(*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 20 de Noviembre de 1906.

Composición química de la leche de mujer. — Los Dres. Barbier y Boinot: Se observan grandes variaciones en la composición química de la leche de mujer, y es imposible formar una escala por ser múltiples las influencias que originan estas variaciones. Sólo puede decirse aproximadamente que la leche contiene menos caseína y manteca al fin de la lactancia que en los primeros meses. La leche de ciertas mujeres contiene, aun después de ocho y diez meses de lactancia, proporciones enormes de caseína y de manteca, y al contrario.

La leche de una misma mujer experimenta en el mismo día variaciones grandísimas que interesan la manteca y la caseína y en menor grado la lactosa. En un caso la proporción de manteca varió, de 14 gramos á las seis de la mañana, á 72 gramos á las tres de la tarde. Generalmente la cantidad de manteca es mínima en las mamadas de la mañana, y máxima hacia las cuatro ó las cinco de la tarde; la caseína varía en el mismo sentido, pero en menor proporción. Durante una misma mamada la primera leche es más clara que la última.

Hemos estudiado la influencia de la alimentación, sustituyendo al régimen ordinario unas veces un régimen vegetariano hidrocarbonado, otras una sobrealimentación azoada, aumentando á la ración ordinaria un suplemento de carne. Con el régimen hidrocarbonado la manteca aumenta en general, la caseína disminuye y la lactosa queda sensiblemente estacionaria. Con la sobrealimentación azoada, la manteca aumenta algo y la caseína mucho más. Una mujer que tenía leche en abundancia amamantaba á su hijo de ocho meses, tan poco desarrollado que parecía tener cuatro, aunque la lactancia estaba perfectamente ordenada; el análisis demostró que la leche contenía caseína en abundancia. Esta mujer fué sometida al régimen vegetariano y crió perfectamente á su hijo.

Las variaciones grandísimas de la leche durante un mismo día y aun durante una mamada, demuestran que el análisis de una leche, si ésta no se recoge metódicamente, nada prueba. Los Dres. Budin y Michel habían demostrado ya este hecho y recomendado hacer el análisis sobre una mezcla de 10 centímetros cúbicos de leche recogidos al principio de la mamada de

la mañana, otros 10 extraídos á mitad de la mamada del medio día, y otros 10 al fin de la última mamada. De este modo se tiene una leche sensiblemente media. Creo preferible hacer dos análisis: uno de la leche de la primera mamada, que indica la cantidad mínima de caseína y de manteca de la leche, y otro de la leche de las cuatro de la tarde, que indica la cantidad máxima.

El Dr. Méry: Estamos todavía en pleno empirismo respecto á las reglas de la lactancia. En ciertos casos parece que las dispepsias de los niños de pecho son debidas á un exceso de manteca más que de caseína.

El Dr. Variot: He hecho muchas veces analizar la leche de las mujeres cuyos hijos vomitaban. Jamás he encontrado relación constante entre la proporción de manteca y de caseína de la leche y el estado dispépsico de los niños de pecho. Muchos de estos niños tenían vómitos, aunque la composición de la leche de su madre no difería sensiblemente de la normal.

En cambio ocurre que, niños bien reglamentados, se crían perfectamente aunque la leche de la madre contiene proporciones extravagantes de manteca ó de caseína. Lo mismo sucede con el eczema, que se supone es debido á una alimentación abundante en manteca; esto no es exacto siempre. El análisis químico de la leche nada indica acerca de su proporción en fermentos ó en toxinas, ni sobre la forma clínica de las materias albuminóideas que contiene. Lo que no analizamos en la leche es, sin duda, más importante que lo que analizamos. Sólo así puede explicarse que algunas leches de composición normal sean mal toleradas, mientras que otras cuya proporción en manteca y caseína varían bastante, no producen trastorno alguno.

El Dr. Barbier: No he dicho que la composición química de la leche de la madre explique todas las dispepsias de los niños de pecho. He dicho únicamente que basta á veces cambiar la alimentación de la nodriza para modificar la composición de su leche y corregir los trastornos digestivos del niño. Es necesario, por lo demás, saber antes sacar partido de los análisis químicos, si la leche ha sido recogida en las condiciones que he indicado para eliminar las variaciones fisiológicas tan grandes.

La aspirina en el reumatismo escarlatinoso. — Los Dres. Hallé y Weil-Halle: En 436 escarlatinosos tratados el año último en el pabellón del Hospital de Niños Enfermos, 14 padecieron reumatismo. Los tres primeros fueron tratados por el salicilato de sosa á dosis de 3 á 4 gramos diarios; el resultado no fué satisfactorio. En los otros 11 se empleó la aspirina á la dosis de 1 gramo por día. Influyó al parecer de un modo eficaz sobre los fenómenos pseudorreumáticos activando su curación.

El Dr. Guinon: Creo que la aspirina está indicada principalmente en los pseudorreumáticos infecciosos, y en general en todas las manifestaciones dolorosas de las infecciones, incluso el dolor local de las anginas.

El Dr. Richardière: He obtenido con la aspirina resultados excelentes en las artralgias seropáticas.

Vómitos acetonémicos y enterocolitis. — El Dr. Ausset: He observado 174 niños con enterocolitis y 17 que tuvieron vómitos cíclicos; en 12 de estos últimos los vómitos coincidieron con enterocolitis. Mi opinión sobre el parentesco entre las dos afecciones no se funda sólo en esta estadística, sino en

el estudio sintomático de ellas. No es cierto que los vómitos acetonémicos aparezcan bruscamente en plena salud. Las crisis son casi siempre, igual que las de colitis, precedidas de un período de sueño agitado, de llanto, de estreñimiento; la lengua está sucia, la piel algo amarilla y el aliento es ya acetonémico; se observan eritemas, *strophulus;* he visto, con frecuencia, á madres observadoras preveer así la aparición de una crisis y he podido anunciarla con veinticuatro horas de anticipación. En un caso la orina contenía ya acetona.

He analizado once veces la orina de estos enfermos en plena crisis de vómitos; la reacción de Lieben fué positiva once veces. He hecho 41 análisis de la orina durante la crisis de enterocolitis, encontrando siempre acetona en el líquido urinario; en cinco de estos enfermos y en uno de vómitos acetonémicos, se presentaron síntomas apendiculares. He observado también que la enterocolitis suelen padecerla á la vez varios niños de una misma familia.

Tanto en la enterocolitis como en los vómitos acetonémicos, el estreñimiento y la intoxicación estercorácea desempeñan, al parecer, un papel predominante, pero sólo cuando encuentran un terreno neuro-artrítico. El tratamiento en los períodos de calma debe tener por objeto la desinfección intestinal. He obtenido así resultados satisfactorios.

Tétanos durante los sabañones ulcerados.—El Dr. *A. Delille* refirió un caso de tétanos que sobrevino en un niño con sabañones ulcerados, en los que se encontró el bacilo de Nicolaïer.

El Dr. *Guinon* narró un caso observado en unión del Dr. Viellard. Se trata de un niño que padeció tétanos consecutivo á una herida del pié producida por un clavo. La forma de contractura de los miembros inferiores simuló la tetania, de forma de pseudotétanos de Escherich. Se hizo una inyección epidural de suero antitetánico y el niño curó.

Nuevo signo de insuficiencia aórtica. — El Dr. *Variot* presentó un niño afectado de insuficiencia aórtica. Este enfermo presentaba una ampliación rítmica de la pierna sincrónica con el pulso y fácil de apreciar cogiendo la pantorrilla del enfermo con la mano. Este signo es tanto más perceptible cuanto menos edad tiene el niño.

Fenómenos nerviosos consecutivos á la ingestión de larvas. — El Dr. *Guinon* comunicó, en nombre del Dr. Dufour (de Fécamp), dos observaciones de este género en las que los fenómenos nerviosos, que se presentaron de repente después de una comida, desaparecieron con gran rapidez al expulsar con las deposiciones una especie de oruga, viva en el primer caso, muerta en el segundo. En la primera observación se trataba de una niña de seis años, linfática, pero de buena salud habitual, la que después de una colación hecha sobre la hierba, deglutió, á la vez que un trozo de chocolate, algo anormal que no tuvo tiempo de reconocer. A los pocos momentos fué acometida de convulsiones, rechinamiento de dientes, extravismo y contracturas diversas. Se puso un enema á la enferma y expulsó una especie de oruga de 4 centímetros de longitud y viva. Los accidentes nerviosos desaparecieron por completo.

En la segunda observación, el enfermo, niño de cinco años, fué acometido en condiciones análogas, es decir, inmediatamente después de una co-

mida, de fenómenos convulsivos bruscos seguidos de un estado semicomatoso. Se administró al punto un enema que produjo una evacuación intestinal; entre los excrementos se encontró muerta una oruga de cabeza obscura. El enfermo curó.

Cree el Dr. Dufour que los accidentes nerviosos observados en estos dos niños, que curaron al ser expulsada la larva deglutida hacía poco tiempo, deben ser considerados como reflejos provocados por la presencia de un cuerpo extraño en el intestino, sea cual cual fuere su naturaleza.

El Dr. *Variot* comparó estos accidentes con los producidos por la presencia de los helmintos, ascárides en particular, en el aparato digestivo y recordó los trastornos morbosos diversos que puede provocar en los herbívoros la absorción de animalillos ingeridos á la vez que los vegetales que les sirven de alimento.

Deformación cardíaca. — El Dr. *Vieillard* presentó un corazón interesantísimo. Hay transposición de la aorta y de la arteria pulmonar. La aorta, muy voluminosa, recibe las coronarias y nace del ventrículo derecho. La arteria pulmonar, delgada, nace del ventrículo izquierdo. No hay conducto arterial. El tabique interventricular está perforado por dos orificios gruesos. El mayor, de forma oval, se halla limitado por bordes carnosos gruesos; el otro es más pequeño y sus bordes son fibrosos y están provistos de cordones tendinosos que unen las válvulas tricúspide y mitral.

F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del 27 de Noviembre de 1906.

Tratamiento operatorio de la úlcera gástrica. — El Dr. *Norman-Moore* dijo que lo que debía discutirse es si la operación constituye el mejor método de tratamiento de la úlcera gástrica. La respuesta varía según la clase de úlcera. Durante los diez años últimos ingresaron en el Hospital de San Bartolomé de Londres 323 enfermos de menos de treinta años que padecían úlcera gástrica; de éstos murieron 6, y 23 de 188 enfermos del mismo género que tenían más de treinta años. De los enfermos de menos de treinta años, 308 eran mujeres y 117 de los de más de treinta años. Estos casos pueden dividirse en los siguientes grupos: los que recayeron en mujeres pálidas y jóvenes, los consecutivos á la ingestión de substancias corrosivas, las ulceraciones tuberculosas y las asociadas á una degeneración vascular. Las adherencias pilóricas son raras, excepto las consecutivas á una úlcera y á otras enfermedades. De 2.038 autopsias, sólo en dos había adherencias (excluyendo el cáncer, la tuberculosis y la peritonitis general), independientes de úlcera gástrica. En 15 casos con adherencias había úlcera. La sangre que al practicar la autopsia se encuentra en el estómago procede de la úlcera gástrica, de la cirrosis hepática ó del pulmón. En el primer grupo de casos, casi nunca es necesario operar; es preciso emplear por espacio de diez días la alimentación rectal y mantener á la enferma en reposo duran-

te largo tiempo, vigilando la acción cardíaca. En la ingestión de substancias corrosivas está indicada la gastroyeyunostomía. En las úlceras por degeneración vascular, empleando el tratamiento médico precoz se evita muchas veces recurrir á los medios quirúrgicos.

El Dr. *H. J. Paterson* dijo que había visto con agrado que el Dr. Mayo Robson aceptara su hipótesis, expuesta en las *Lecciones Hunterianas*, de que la úlcera gástrica es una complicación susceptible de evitarse y debida al tamaño insuficiente de la gastroyeyunostomía. Hizo un análisis de los casos de úlcera gástrica que ha coleccionado; esta estadística prueba que la proporción de curaciones verdaderas no excede del 25 por 100.

La úlcera aguda, excepto sus complicaciones, rara vez exige la intervención quirúrgica. Respecto á la úlcera crónica, las indicaciones para la operación, expuestas en las lecciones referidas, son las siguientes: «Si después de seis semanas de reposo absoluto y de dieta láctea, seguidas de otro período de seis semanas de dieta láctea y de reposo relativo, al que debe seguir un nuevo período de tres meses de alimentación cuidadosa, no desaparecen los síntomas característicos, ó si después de la curación aparente hay una recidiva, la operación es, según toda probabilidad, el mejor tratamiento que puede emplearse». Respecto á la extirpación de la superficie ulcerada para prevenir el desarrollo futuro del cáncer, cree que se necesitan pruebas nuevas antes de someter los enfermos al nuevo peligro de la excisión.

La mortalidad por hemorragia gástrica no excede probablemente del 5 por 100, mientras que la operatoria, durante la hemorragia, fluctúa entre 66 y 70 por 100. Aun en los casos felices cabe preguntar cuál hubiera sido la suerte de los enfermos no operándolos. Los hechos observados le hacen dudar de la eficacia de la operación durante la hemorragia gástrica. Llamó la atención sobre el hecho de que en la úlcera aguda suele producirse una segunda hemorragia de reacción ó recidivante, debida á la separación del coágulo por administrar demasiado pronto estimulantes ó someter al enfermo á movimientos intempestivos. En estos casos suele haber una ó más probabilidades de curación por los medios naturales, sin necesidad de recurrir á la operación. En la úlcera crónica la recidiva de la hemorragia es debida, no al desprendimiento mecánico del coágulo, sino á su desorganización séptica, y es probable, por lo tanto, que la hemorragia se reproduzca. Si esta segunda hemorragia es abundante, está indicada la operación para evitar el resultado, probablemente fatal, de una nueva pérdida de sangre. En las hemorragias que, aunque ligeras, se repiten con frecuencia, la operación está indicada antes que el enfermo se quede anémico en demasía.

Respecto á la perforación, es dudoso que una operación precoz influya sobre la mortalidad en el grado que se supone. Aunque la operación está muy indicada, deben tenerse en cuenta otros factores importantes, por ejemplo, abundancia y naturaleza del derrame, existencia de otras úlceras y perfección del acto operatorio. Cree que se obtendrán resultados más satisfactorios cuando se considere la gastroyeyunostomía como parte del tratamiento ordinario de la perforación. Esta afirmación se funda en las razones siguientes:

La gastroyeyunostomía disminuye el peligro en los casos en que se desconoce la existencia de una segunda perforación, el de la perforación de una segunda úlcera, y el de la hematemesis después de la operación, favorece la curación más rápida de la línea de sutura, disminuyendo así el peligro de arrugamiento, permite alimentar antes al enfermo y administrar un purgante cuya acción favorece, asegurando de este modo el derrame más eficaz de la cavidad peritoneal. La muerte no suele ser debida al colapso, sino á las complicaciones torácicas y á la peritonitis; de aquí la importancia de obtener cuanto antes las deposiciones intestinales.

Respecto á los resultados ulteriores de la gastroyeyunostomía, ha observado en 143 enfermos que el éxito ha sido completo en el 82 por 100 de los casos. La operación es tan eficaz que corre peligro de ponerse de moda. Espera que uno de los resultados de esta discusión sea contener la marea ascendente de la gastroyeyunostomía, definiendo con más claridad sus usos y las limitaciones de la operación. No es una panacea contra todos los padecimientos gástricos, y cuando se practica en afecciones del estómago que no van acompañadas de síntomas clínicos definidos y de signos químicos, puede caer en el descrédito, mientras que en los casos adecuados es una operación con la que se obtienen éxitos brillantes.

El Dr. *H. P. Hawkins* citó una estadística de 556 casos de úlcera gástrica y de sus consecuencias, observados en el Hospital de Santo Tomás, de Londres. El 95 por 100 de los casos se dieron de alta como curados, pero el 25 por 100 de estos individuos volvieron con úlcera recidivante y las muertes recayeron en dichos enfermos. En los casos que no curan por completo con el tratamiento médico prolongado durante seis meses y cuando hay recidiva, debe recomendarse la gastroenterostomía. La muerte por hemorragia en estos 556 casos no llegó al 4 por 100, por cuyo motivo la operación no está indicada mientras existe aquélla. La peritonitis localizada suele curar practicando la gastroyeyunostomía. La operación contra las adherencias no es muy satisfactoria.

El Dr. *S. H. Habershon* indicó que la operación está indicada en los casos crónicos. Los síntomas que hacen necesaria la operación son los vómitos abundantes, el dolor, la hemorragia recurrente, la dilatación gástrica con sus síntomas concomitantes, la formación de un absceso localizado ó subdiafragmático consecutivo á la perforación de una úlcera y el espasmo pilórico. Este espasmo se considera como una indicación de la gastroyeyunostomía posterior. Los vómitos recurrentes pueden tratarse por la duodenoenterostomía.

El Dr. *C. Mansell Moullin* expuso estadísticas del Hospital de Londres formadas por casos anteriores y posteriores á la adopción del tratamiento quirúrgico en la úlcera gástrica. En 500 casos anteriores á este tratamiento, hubo una mortalidad de 18 por 100, pero de éstos en el 42 por 100 se trataba de recidivas. Todos los casos agudos deben ser sometidos al tratamiento médico prolongado. La operación rara vez está indicada en la hemorragia aguda. En todos los casos en los que el tratamiento médico es inútil ó poco eficaz, debe practicarse una operación exploradora. La operación ideal es la excisión; pero ésta rara vez es practicable, por cuyo motivo debe recurrirse á la gastroenterostomía posterior con anastomosis lateral inferior al

lazo. La mayor parte de los casos de úlcera crónica no curan sin operación. La cuestión es de diagnóstico y el mejor modo de hacerle es practicar, sin perder tiempo, una incisión exploradora.

(*The British Med. Journal*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 28 de Noviembre de 1906.

Dos casos raros.—El Dr. *De Bergmann* presenta los dos casos siguientes: 1.°, una señora con muy vistosas patillas que no aparecieron hasta después de haber dado á luz el primer hijo, y 2.°, un enano muy bien proporcionado y en el que á pesar de haberse detenido el crecimiento á la edad de catorce años, se ven los cartílagos epifisarios en la imágen röntgenográfica.

Litiasis en ambos riñones : doble operación. — El Dr. *P. Rosenstein* refiere que en una muchacha á la que hubo de extirparla el riñón derecho á causa de litiasis del mismo, encontró también cálculos en el izquierdo. Como la joven solicitaba una segunda operación, el autor, aunque con repugnancia, se decidió á complacerla. Después de poner al descubierto el riñón izquierdo, trazó una incisión de autopsia en éste, previa su anemia, y extrajo 35 cálculos de cistina. Cosa rara; el riñón apenas estaba aumentado de volumen y en cambio el parénquima estaba muy adelgazado. Cosió la incisón renal, estableció el desagüe de la pelvis y cerró la herida, excepto en el punto correspondiente al tubo de desagüe. En los dos primeros días no salió ni una gota de orina, el corazón estaba muy débil y la enferma muy excitada. A partir del tercer día se restableció la secreción urinaria. La enferma sanó, y hoy por hoy, puede considerarse como salvada. En los tres meses siguientes á la operación se ha restablecido por completo y, en la actualidad, la secreción urinaria es normal, cuantitativa y cualitativamente.

Rinoplastia. — El Dr. *Joseph* presenta tres casos de rinoplastia, á saber : uno de empequeñecimiento de una nariz hipertrofiada, mediante la excisión de un gran trozo del tabique nasal cartilaginoso; otro caso de nariz en forma de silla de montar, corregido por ingerto endonasal de un trozo osteoperióstico tomado de la tibia; y un tercer caso de la misma deformidad, corregido por ingerto endonasal de trozos cartilaginosos tomados de las alas de la nariz hipertrofiadas.

Chancro del pezón y del labio inferior.—El Dr. *H. Isaac* presenta una joven que tiene dos chancros sifilíticos, uno en el pezón y otro en el labio inferior. La aparición de una roseola confirma la naturaleza sifilítica de la afección. El autor cree que el número de casos de contagio extragenital de la sífilis ha aumentado muchísimo en estos últimos años, y que convendría hacer una investigación colectiva para comprobar este hecho.

La acokanthera schimperi en las enfermedades cardíacas. — El Dr. *Stadelmann* ha hecho ensayos con el nuevo medicamento por indicación de L. Lewin. Primeramente usó una infusión-decocción del leño en la proporción

de 0'5 por 150, pero se vió después que esta dosis es demasiado baja. La maceración y otras preparaciones resultaron ineficaces. Tanteando con las precauciones necesarias en sí mismo y en algunos enfermos, ha llegado por fin á dar con la dosis conveniente y con la fórmula más adecuada, que es la siguiente:

Infusión de acokanthera.....	1 gramo por 160	
Jarabe simple.....	30	—
Agua de menta piperita.....	10	—

Bajo esta forma se toma muy bien el medicamento, cuyo sabor es un poco amargo, y casi siempre lo tolera bien el estómago.

De la fórmula se hace tomar una cucharada cada dos horas, y en conjunto, de 4 á 5 botellas. Si aun así no se obtiene ningún resultado, no hay que insistir en el uso del medicamento. Sin embargo, hay casos en que no se apreciaron sus efectos hasta que ya se habían consumido varias botellas.

El autor ha tratado con la nueva droga 29 casos, entre los cuales los había de las formas más diversas de enfermedades cardíacas, con y sin nefritis.

En unos casos no se modificaron nada el pulso y la presión sanguínea; en otros, de un modo muy considerable, lo mismo que acontece con la digital.

La secreción urinaria aumentó mucho en algunos casos y también es frecuente que mejore mucho el estado general.

En suma, la acokanthera es un buen sucedáneo de la digital y del digaleno, cuya eficacia sobrepuja en unos casos y no alcanza, en cambio, en otros. Tiene sobre la digital la ventaja de que la proporción de substancia activa no varía aunque esté la droga guardada por mucho tiempo.

Antes de entregar el medicamento al mercado, deben hacerse más ensayos en las clínicas.

El autor ha empleado también las inyecciones de disolución de ouabaina 0'004 por 10'0, que no ocasionan ninguna molestia ó muy pocas: una jeringuilla, tres ó cuatro veces al día. El resultado parece ser muy hermoso, pero hasta ahora las observaciones recogidas son poco numerosas. Si se confirma la eficacia del medicamento sería una gran adquisición, porque obra con rapidez y no produce los grandes dolores que han obligado á abandonar las inyecciones de digaleno.

El Dr. *Brieger* refiere haber extraído de los venenos de flecha una substancia cristalizada de acción triple de enérgica. Duda de la pureza química de la ouabaina amorfa preparada por Lewin, y opina que en Medicina nunca debieran usarse más que cuerpos químicamente puros. Ahora bien, sólo nos da garantía de pureza química una substancia cristalizada, y todos nuestros esfuerzos deben tender á obtenerla y prepararla. Con el nombre de ouabaina se obtienen hoy en día varios cuerpos que no son idénticos entre sí. También circulan en el comercio diversas variedades de acokanthera.

El Dr. *Bickel* evoca el recuerdo de sus investigaciones relativas á los venenos de flecha.

El Dr. *Franz Müller* pregunta si se han hecho investigaciones con el fin

de dilucidar si la ouabaina tiene, á diferencia de la estrofantina, muy poca acción sobre la pared de los vasos y si se acumulan sus efectos.

El Dr. *L. Lewin*, en su rectificación, insiste en sus primeras afirmaciones.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 16 de Noviembre de 1906.

Movimientos voluntarios de carácter excepcional. — El Dr. *Hans de Haberer* presenta un hombre de treinta y dos años, que gracias á la inervación enérgica de la porción muscular de la pared del vientre en su mitad superior, puede dislocar el intestino delgado hacia arriba; como además puede elevar mucho el diafragma, llega á colocar el intestino en la cavidad torácica. Con el mecanismo inverso consigue empujar el intestino hacia la pelvis, con lo cual adopta el vientre la misma configuración que tiene con el útero grávido en los últimos meses de embarazo. También es capaz de hacer sobresalir el músculo oblícuo externo y de establecer un movimiento ondulatorio continuo en su pared abdominal anterior, mediante contracciones que se suceden rápidamente en dicha pared. Contrayendo la porción media del diafragma atrae hacia dentro la porción inferior del esternón, produciendo así artificialmente el llamado pecho de zapatero. Con las contracciones de los músculos del dorso consigue este sujeto producir diversas formas de escoliosis, etc., que se mantienen aun después de ejecutados movimientos con el tronco. También puede, gracias á la inervación de los músculos esternotiroideos y esternohioideos, hacer que descienda mucho la laringe. Otras habilidades que tiene este hombre, tales como la de dislocar el corazón, dilatar la pupila y comprimir la arteria subclavia hasta hacer cesar el pulso radial, no se pueden demostrar á distancia.

Escleredema. — El Dr. *Rodolfo Neurath* presenta un niño de seis semanas con escleredema muy pronunciado. La tumefacción se inició á fines de la primera semana de la vida. Existe un edema extenso y turgente que comprende la mitad inferior del cuerpo y cuyo límite superior, bastante marcado, casi coincide con el nivel del ombligo. No interesa el pecho y muy poco á las partes periféricas de las extremidades superiores, que ha invadido hace muy pocos días. También desde la misma fecha parece que está la cara algo abotagada. Las partes edematosas están muy engrosadas, translúcidas como la porcelana, más bien pálidas ó amarillo-rojizas que cianósicas, frías, y no prestándose á formar pliegues. Aunque se haga con el dedo una compresión muy enérgica, queda una huella poco profunda. Las partes más interesadas por el escleredema son el dorso del pié, la pantorrilla, el pene y el escroto.

Enfermedad de Barlow. — El Dr. *Teodoro Escherich* presenta dos casos de esta enfermedad, llamada también escorbuto infantil. En ambos la afección no está más que en sus comienzos, entre los cuales la hematuria tiene una gran significación diagnóstica. Lo interesante de ambos casos consiste

en que en ellos se ha tratado indudablemente de una «alimentación dañosa», pero no por su cantidad ni por su calidad, sino por su monotonía excesiva. Las manifestaciones clínicas de este trastorno de la nutrición se asemejan á las del raquitismo, pero difieren de las de éste en que afectan preferentemente á las partes del esqueleto donde es más activo el crecimiento y en que van acompañadas de una alteración de la sangre parecida á la que se presenta en el escorbuto del adulto, por lo cual Escherich ha llamado á esta enfermedad escorbuto infantil. Con un cambio oportuno en el régimen alimenticio se obtuvo muy pronto una mejoría muy notable.

Deformidades congénitas. — El Dr. *Alfredo Exner* presenta un niño de cinco días con fisura media del labio superior; levantando éste, se ve que de la fisura parte un frenillo para cada lado. También está hendido el maxilar superior en la línea media, donde cae la línea de unión de los dos huesos intermaxilares. Presenta también este niño nariz de perro dogo y un quiste en la lengua, que puede llamarse cefalocele esfenofaríngeo. El caso es único en su género.

Parálisis saturnina. — El Dr. *Pollak* presenta un caso que por su etiología puede hacer *pendant* con los que ha presentado Teleky hace un mes, y cuya parálisis afectaba la misma región. El caso es notable por haber transcurrido muy poco tiempo entre la intervención de la causa y la aparición de graves síntomas de intoxicación (tres años), puesto que lo general es que para presentarse tales síntomas transcurran de trece á catorce años.

Disnea paroxística por tensión excesiva. — El Dr. *Jacobo Pal* distingue dos formas de disnea paroxística por tensión excesiva, una de naturaleza cardíaca, idéntica á ciertas formas de asma cardíaco, y otra de naturaleza cerebral (síntomas de compresión cerebral). Ambas formas de disnea se disipan cuando baja la presión arterial, con la diferencia de que, mientras la disnea cardíaca por alta tensión cesa en el acto, la cerebral se va aliviando poco á poco.

Osteomalacia. — El Dr. *Carlos Katholicky*, de Brünn, presenta fotografías, röntgenografías y preparaciones en alcohol y macroscópicas de un caso raro de osteomalacia de Paget. Con el examen de las preparaciones óseas no se puede resolver si se trata de un caso típico de osteomalacia deformante crónica é hipertrófica de Paget ó de una forma intermedia entre esta afección y la osteitis deformante fibrosa de Recklinghausen.

El Dr. *Alejandro Kolisko* hace notar que la diferencia entre el proceso en cuestión y la osteomalacia común, consiste principalmente en la adición de lesiones inflamatorias, con lo cual se producen engrosamientos hiperostósicos muy considerables.

El Dr. *Guillermo Latzko* opina que para juzgar de las lesiones patológicas de los huesos no basta con el examen morfológico de las mismas, sino que hace falta considerar su etiología anatómica. Así que por mucho que se asemejen la osteitis deformante de Paget y la osteitis deformante con formación tumoral de Recklinghausen, no por eso deja de tratarse de dos procesos diferentes. Así en uno de dos casos observados por el autor, existía un carcinoma de células gigantes; en el otro, de una enfermedad muy afine á la osteomalacia genuína, aunque á primera vista se asemejara á la osteitis deformante de Recklinghausen. El caso presentado por Katho-

licky parece más bien pertenecer á este grupo de las enfermedades osteomalácicas.

El Dr. *Carlos Sternberg*, que ha hecho el examen histológico del caso de Katholicky, no ha encontrado nada de formación sarcomatosa.

El Dr. *Kolisko* recuerda que el cáncer de células gigantes ocupa un lugar poco definido entre los tumores y hasta puede curar espontáneamente.

El Dr. *Hans de Haberer* confirma esto mismo en vista de un caso en el que el examen histológico demostró que los tumores que había en las cavidades quísticas eran sarcomas de células gigantes.

Invaginación intestinal. — El Dr. *Federico de Friedländer* presenta tres preparaciones de invaginación intestinal, obtenidas por medio de resección.

El Dr. *Hans Lorenz* hace observar que hace ya cerca de dos años ha expresado la opinión de que la mayor parte de las invaginaciones íleocecales en las que no se encuentra ninguna causa anatómica apreciable, tal como un pólipo ó cosa análoga, reconocen por causa, sobre todo en la infancia, una invaginación primitiva del ciego en el colon ascendente, no fijado como es lo normal sino completamente libre, y que por lo tanto, en la mayor parte de los casos no es la abertura íleocecal la que avanza en la punta de la invaginación, como se admite generalmente, sino el ciego invertido, por lo cual esta forma merece en la mayoría de los casos el nombre de invaginación cecocólica. La exactitud de esta opinión la ha confirmado posteriormente en algunos casos que ha tenido ocasión de operar después de dicha fecha.—(*Wiener Klinische Rundschau*). — R. DEL VALLE.

SOCIEDAD MÉDICA DE FILADELFIA

Sesión del día 10 de Octubre de 1906 (1).

Tratamiento de la osteomielitis por el relleno óseo con yodoformo. — El doctor *G. M. Dorrance* indicó las desventajas de los métodos usuales del tratamiento de la osteomielitis, y describió el método de relleno con el yodoformo, empleado primeramente por Moorhof. Las ventajas atribuídas á este método, son que el yodoformo no obra como cuerpo extraño, se obtienen con él todos sus efectos medicinales, sin producir síntomas tóxicos, es absorbido gradualmente y sustituído por granulaciones, y á los tres ó cuatro meses por tejido óseo nuevo. El Dr. Dorrance ha empleado con éxito este tratamiento en casos de osteomielitis tuberculosa crónica de la tibia, de osteomielitis séptica del cúbito, consecutiva á una fractura complicada y de osteomielitis tifoidea de la sexta costilla y del maxilar inferior. En algunos de estos enfermos se habían empleado sin éxito otros procedimientos quirúrgicos. El Dr. Dorrance cree que el tratamiento de la osteomielitis por el relleno con yodoformo, constituye un verdadero progreso en la terapeútica de esta afección.

(1) Primera del curso actual.

Resultado del examen de los ojos de los estudiantes en la Universidad de Pensilvania. — El Dr. *R. Tai Mc Kenzie*, director del Departamento de examen físico de la Universidad de Pensilvania, leyó un trabajo escrito en colaboración con el Dr. W. Campbell. Este trabajo se funda en el examen de 883 alumnos de dicha Universidad. El examen ocular fué complemento de estudio perfecto del estado físico general de cada individuo. Desde que se corrigieron los errores de refracción, ha habido pocas faltas por enfermedad y menos interrupciones de los estudios. Se ha demostrado que el aumento de la pérdida visual puede prevenirse cuidando debidamente los ojos. De los estudiantes reconocidos el 30'34 por 100 tenían defectos de la visión en uno ó en los dos ojos. De los 883 reconocidos el 14'70 por 100 eran miopes y el resto hipermétropes ó emmétropes. En el estudio comparativo hecho acerca de la influencia de la edad y del estudio sobre la refracción, se observó que entre 633 estudiantes de las dos clases inferiores el 87'25 por 100 eran hipermétropes y el 12'75 por 100 miopes, mientras que de 261 de las clases superiores el 80'25 por 100 eran hipermétropes y el 19'75 por 100 miopes.

De los 883 estudiantes reconocidos, 609 tenían la agudeza visual completa en los dos ojos, 94 sólo en un ojo, y en 180 era deficiente en ambos ojos. De los que padecían cefalalgia, en el 7'59 por 100 la visión era deficiente, mientras que en el 93'41 por 100 restante, la agudeza visual era normal. La escoliosis existía en el 6'68 por 100 y entre ellos la visión de un ojo era manifiestamente inferior á la de sus compañeros en el 13'79 por 100. Estas cifras prueban la importancia de incluir el examen minucioso del ojo en el reconocimiento de todos los estudiantes.

Fósforo orgánico en el tratamiento de varias enfermedades nerviosas. — El Dr. *A. Gordon* leyó un trabajo sobre este asunto. La proporción de fósforo del organismo depende de la cantidad de alimentos ingeridos. Los descubrimientos de Gobley y Liebreich respecto á la existencia de combinaciones orgánicas de fósforo en el cerebro ó en el resto del sistema nervioso y la eliminación de combinaciones inorgánicas de fósforo por las heces fecales y la orina se considera como pruebas de que los compuestos fosforados orgánicos son descompuestos en los tejidos. En esta destrucción el sistema nervioso toma, según se dice, una parte importantísima. La nueva formación del fósforo orgánico es una verdadera necesidad en los padecimientos consecutivos del sistema nervioso. Como el organismo sólo utiliza los compuestos orgánicos de fósforo, el Dr. Gordon ha practicado una serie de investigaciones en 56 casos de enfermedades nerviosas, en las que ha administrado fósforo orgánico con resultados completamente satisfatorios.

Efectos de las substancias conservadoras de los alimentos sobre la digestión pépsica. — El Dr. *J. Sailer* expuso los resultados de una serie de experimentos practicados por el método de Mett para determinar hasta qué punto modifican la digestión pépsica las substancias empleadas para conservar los alimentos. De estas substancias el ácido bórico y el bórax no ejercen acción modificadora alguna. El formaldehído sólo la ejerce en disoluciones más concentradas que al 1 por 100. El alcohol obra en disolución al 20 por 100 ó más. En disoluciones más débiles es inactivo. El ácido salicílico y el salicilato de sosa, no empleando disoluciones muy débiles, ejercen un efec-

to moderador enérgico; lo mismo puede decirse del ácido benzóico, del benzoato de sosa y del sulfito sódico. Este último produce la inhibición total en disoluciones al 1 por 100. La resorcina ejerce un efecto moderador ligero y el carbonato de guayacol nulo. La creosota en disoluciones fuertes produce una acción inhibitoria enérgica.

Estos resultados sólo son verdaderos con las disoluciones de dichas substancias en el jugo gástrico artificial. Se ha observado que si los tubos de Mett se someten á la acción de las disoluciones preservativas y se les sumerge después en el jugo gástrico artificial, los resultados son distintos. En estas circunstancias el efecto de la formalina es enérgico, pero el del ácido salicílico, sulfito sódico y benzoato de sosa son, en cambio, enégicos.

(*New. York Med. Journal*). — F. Toledo.

PERIÓDICOS

La cafeína en la pulmonía. — Para combatir el colapso en la pulmonía aconseja A. Fraenkel, con preferencia á la digital, las inyecciones hipodérmicas de una disolución de cafeína al 10 por 100, cada dos ó tres horas ó más á menudo. Su acción es más rápida que la de la digital, no se acumula y combate mejor la parálisis de los vasomotores. Á veces hay que suspender la cafeína porque produce una gran excitación cerebral. Tampoco es útil cuando la frecuencia del pulso pasa de 130.

(*Therapie der Gegenwart*). — R. del Valle.

Cistocele y su tratamiento quirúrgico. — El Dr. C. G. Child ha leído en la *Sociedad de Obstetricia de Nueva York* (sesión del 24 de mayo último), un trabajo sobre los diversos procedimientos operatorios empleados en los últimos cien años contra el cistocele. A principio de 1800, Jobert recomendó cauterizar la membrana mucosa y coser después los bordes de la herida. La primera operación por denudación de la pared vaginal anterior fué practicada en 1823 por Geraurdin, quien extirpó un trozo longitudinal de mucosa. Fué seguido por Dieffenbach, Hemming, Velpeau y Hall, quienes practicaron denudaciones de diversas formas. Todas estas operaciones fueron abandonadas, hasta que volvió á ponerlas en práctica Marion Sims en 1858. En este intermedio, Lightfoot, de Inglaterra, denudó y cosió todo el aparato vaginal, dejando un pequeño orificio para mantener abierto el conducto. Baker Brown, en 1853, recomendó también una operación en la que se extirpa un trozo longitudinal posterior de mucosa y dos anteriores, exactamente por dentro del orificio de la vagina, formando así un puente de tejido, sobre el que descansa el cistocele. La operación primitiva de Sims fué una denudación en forma de herradura, la que modificó Emmet. Stoltz aconsejó por aquella época la operación que lleva su nombre.

A principio de 1887, las operaciones en las que la vejiga se separa del cuello uterino fueron propuestas primero por Hadra, quien después de se-

parar completamente los dos órganos, cosía la vejiga á la cara anterior del útero. En 1892, Skene aconsejó separar la vejiga y el cuello uterino á través de una pequeña abertura practicada en la pared anterior, en la unión de la vejiga y de la uretra. La pared vaginal se reunía después, quedando así un borde de mucosa que servía para sostener la vejiga.

Se han aconsejado diversos procedimientos para separar y tratar la vejiga. Gersuny, por ejemplo, arruga la vejiga por medio de una sutura continua, y Martín por varias líneas de sutura interrumpida. Watkins abre la cavidad peritoneal, y después de elevar la vejiga dirige el útero hacia adelante y cose los pliegues vaginales al fondo uterino y á los ligamentos anchos. Reynolds extirpa las porciones supérfluas de la pared vaginal.

En 1902, Dudley aconsejó un procedimiento algo diferente. En 1904, Goffe recomendó abrir la cavidad del peritoneo por medio de una incisión longitudinal practicada en la pared anterior de la vagina y después elevar la vejiga, suturándola al útero y á los ligamentos anchos. Byford, Lawson Tait, Tuffier, Demorest y Laroyenne trataron también el cistocele por la vía abdominal. Byford hizo la transfisión del sulcus vaginal por medio de suturas que atravesaban los conductos inguinales. Demoret y Laroyenne practicaron la fijación extraperitoneal, y Tuffier aconsejó la vía intraperitoneal. Lawson, en 1898, acortó el uraco y los cordones hipogástricos, pero á causa de su inseguridad anatómica aplicó un colgajo peritoneal á la reflexión de la vejiga, suturándole á la vaina común del recto. Finalmente, en 1903, Dickinson practicó la suspensión y la fijación ventral en el prolapso del útero y de la vejiga, utilizando para ello una incisión abdominal media. — (*New-York Med. Journal*, 20 octubre 1906). — F. Toledo.

Estrechez del píloro tratada con la tiosinamina. — El Dr. Caudvell refiere el caso siguiente: Una mujer de treinta y cinco años, padecía de hipertrofia del píloro con estrechez. A consecuencia de la imposibilidad de alimentarse bien y del vómito frecuente se había demacrado en muy poco tiempo. Antes de resolverse por la operación se practicaron inyecciones de tiosinamina al 10 por 100, á la dosis de diez gotas diarias primeramente, después en días alternos, y por último, dos veces por semana. Al cabo de un mes la mejoría era evidente, puesto que habían desaparecido el dolor, las náuseas y los vómitos. A los tres meses la enferma había recobrado su peso normal y estaba completamente restablecida.

(*Brit. Med. Journal*). — R. del Valle.

La leche como hemostático. — El Dr. Solt ha observado el caso de una joven de quince años, extenuada por metrorragias repetidas, refractarias á todo tratamiento; para combatir el estado de adinamia, puso á esta enferma un enema de leche ligeramente salada. La metrorragia cesó como por encanto. Sorprendido por este éxito, ha empleado los enemas de leche en otras hemorragias (pulmonares, gástricas y uterinas), y siempre con resultados satisfactorios. La leche debe inyectarse, no importa á qué temperatura, pero á la dosis de un litro cuando menos. El enfermo debe adoptar el decúbito lateral y, si por haber perdido el conocimiento, no puede retener la leche inyectada, se evita su salida comprimiendo el orificio anal. Para

la inyección es preferible el clisobomba al bock, porque al parecer, su efecto mecánico favorece la excitación de los reflejos. Estas inyecciones no producen más efecto molesto que en ciertos casos algo de meteorismo. El efecto hemostático no se obtiene más que administrando la leche por la vía rectal; en el estómago es digerida y la digestión la hace perder sus propiedades hemostáticas especiales, debidas, según el Dr. Solt, á la gran cantidad de sales de cal que contiene.

(*Revue. de ther. medico-chirurgicale*, 1.° noviembre 1906).—F. Toledo.

Tratamiento de la fiebre tifoidea con el piramidón.—Según el Dr. H. Sabarthez, el piramidon es el mejor medicamento para tratar la fiebre tifoidea: del todo inofensivo, sin ninguna contraindicación, antipirético y eliminador en alto grado, su acción es mucho más enérgica que la de todos los demás febrífugos, y con su empleo en 85 casos no ha habido más que una defunción por hemorragia intestinal.

Modo de administración: un gramo diario en cuatro papeles, para tomar uno cada seis horas.—(*Arch. générales de méd*).—R. del Valle.

Modo de acción y eliminación del ácido salicílico.—El Dr. Ralph Storkman, profesor de Materia médica en la Universidad de Glasgow, ha hecho investigaciones interesantes respecto á este asunto. Jamás ha encontrado indicios de salicilato de sosa en la saliva, y sólo á veces cantidades mínimas en el sudor; le ha encontrado, en cambio, en el líquido articular, en la serosidad de los vejigatorios, en el moco bronquial y en los derrames pleuréticos cuando se administra dicho medicamento á las dosis ordinarias. Para determinar si el ácido salicílico ejerce su efecto terapéutico después de convertido en ácido salicilúrico, ha administrado éste en casos en que estaban indicados los salicilatos, y ha visto que dicho ácido es una substancia poco enérgica. La disolución de ácido salicílico impide la fermentación del azúcar por la levadura de cerveza cuando se emplea una disolución del referido ácido al 1 por 2.000; el ácido salicilúrico sólo contiene por poco tiempo la fermentación, empleado en disolución al 1 por 500; al 1 por 1.000 es ineficaz. Administrado á grandes dosis á los animales no produce los síntomas que los salicilatos y se encuentra sin modificar en la orina. Le ha empleado á la dosis de 4 gramos y medio en un caso de reumatismo agudo, sin producir el efecto más ligero; el enfermo curó con rapidez á beneficio del salicilato sódico administrado á la misma dosis. Los salicilatos obran en el organismo de dos maneras. En el reumatismo articular agudo ejerciendo probablemente un efecto nocivo sobre el microorganismo productor de la enfermedad, y en el reumatismo crónico y estados gotosos diatésicos influyendo sobre el metabolismo orgánico.

(*The Therapeutic Gazette*, 15 noviembre 1906).—F. Toledo.

INDICE DEL TOMO LXXIII

Abdomen (Afecciones quirúrgicas del)..... 261
Acetona en las afecciones ginecológicas (Significación diagnóstica de la)..... 359
Acido protocetrárico (Empleo terapéutico del)..... 159
— salicilato (modo de usarlo y eliminación del). 480
Acokanthera schimperi en las afecc.s cardíacas (La).. 434, 472
Acortamiento de los tegumentos redondos..... 196
Actinomicosis primitiva del cuello con propagación rápida traqueobronquial..... 172
Adenoma sebáceo de Pringle. 358
Afecciones oculares dependientes de los trastornos dentarios..... 332
Afusiones frías en el delirium tremens (Las)..... 80
Agripnia (Tratamiento de la). 226
Albuminuria ortostática y la nefrítica (Diagnóstico entre la)..... 320
Alcohol como alimento (El).. 278
— en uso tópico (El)..... 200
Alimentación en las enfermedades agudas..... 118
— insuficiente en los dispépticos y nerviosos (La)..... 199
Altura de las ciencias médicas en el reino El Andaluz..... 175
Ambliopía química..... 79
Amiotrofia espinal difusa.... 314
Amputación plasticocinética (Un nuevo método de)..... 264
Amputaciones económicas del pié..... 354
Anasarca como complicación del impétigo..... 315
Anemia aplástica..... 114
— perniciosa (Insuficiencia tricúspide en la). 76
Aneurisma de la aorta (Un nuevo signo de)..... 318
Angina de pecho (Tratamiento de la)..... 239
Angiomas (Vacunación de los)..... 160
Anquilosis cricoaritenóidea de origen reumático.. 173
— espontáneas y en particular de las vertebrales (Patogenia de las). 63
Anquilostoma duodenal (Un nuevo remedio del)..... 19
Anquilostomas (Sobre la acción tóxica de los).... 251
Aorta (Un nuevo signo de aneurisma de la)..... 318
Apéndice vermiforme (Cáncer primitivo del)..... 433
Apendicectomía..... 231
Apendicitis por el timol (Tratamiento sistemático de la)..... 157
— y flebitis de las extremidades inferiores... 259
— y la preñez extrauterina (Diagnóstico diferencial entre la)..... 435
Argirol en oftalmología (Empleo del)..... 333
Arma de fuego (Heridas intestinales por)..... 312
Arterioesclerosis y nicotina... 75
Asociación de médicos americanos 72, 111
— Asociación francesa para el progreso de las ciencias. 22, 58, 102, 142
Aspirina en el reumatismo escarlatinoso (La)..... 467
Atropina y la eumidrina en las afecciones gastro-intestinales (La)..... 400
Auscultación oral como procedimiento diagnóstico..... 158
Autan (El)..... 458

Automovilismo desde el punto de vista higiénico y terapéutico (El) 186
Autoplastia craneal doble.... 276
— del pulgar..... 355
Avances urológicos..... 98
Azul de metileno en la tuberculosis quirúrgica (Empleo del)..... 16
Basicina (La)..... 256
Beri-beri..... 360
Boca (Limpieza y desinfección de la)..... 413
Bocio exoftálmico por una citotoxina específica (Tratamiento del)..... 117
Bocios aberrantes y epiteliomas branquiales..... 355
Bolutismo..... 279
Bronco-esofagoscopia..... 263
Bronquio (Cuerpo extraño en un)..... 316
Bronquitis crónica con los rayos Röntgen (Tratamiento de la)..... 158
Bubones supurados (Tratamiento de los)..... 280
Cafeína en la pulmonía..... 478
Cálculo vesical de origen externo..... 396
Cálculos biliares? (¿Se debe estimular la expulsión de los)..... 360
Cáncer (Del)..... 462
— del cuello uterino por la histerectomía abdominal (Tratamiento del)..... 464
— del labio curada con los rayos Röntgen (Recidiva de)..... 308
— de la lengua (Del)..... 352
— en tejido conjuntivo bajo la influencia de la cancroína (Transformación del)..... 311
— primitivo del apéndice vermiforme..... 433
— (Tratamiento del)..... 425
— uterino inoperable (La desinfección en el)... 79
Cancroína (Transformación del cáncer en tejido conjuntivo bajo la influencia de la).... 311
Cardíacas (La acokanthera schimperi en las afecciones)..... 434, 472
Casos clínicos (Dos)..... 55
Cerebro (La radiografía en las afecciones del)..... 436
Chancro del pezón y del labio inferior..... 472
Cigarreras y sus partos y prole (Las)..... 415
Cirugía clínica y operatoria (Tratado de)..... 220
— vascular..... 349
Cistocele y su tratamiento quirúrgico..... 478
Cloruro de calcio en el tratamiento de las úlceras (Valor del)..... 40
Cólicos nefríticos artificiales como medio de diagnóstico. 294
Compresión del vientre (Efectos de la)..... 355
Conducto uretral (Utilidad de la reparación en dos tiempos de los traumatismos del)... 232
Congreso francés de Cirugía..... 233, 261
Contusiones abdominales (Conducta que debe observarse en las)..... 198
Corazón (Dilatación del)..... 238
Cordero (Intoxicación por la carne de)..... 160
Corea aguda (Trastornos mentales en la)..... 112
Cráneo (La radiografía en las afecciones del)..... 436
— (Un caso de fractura de la bóveda del)..... 140
Cuello uterino (Dilatación artificial del)..... 192
— — por la histerectomía abdominal (Tratamiento del cáncer del)..... 464
— — (Tuberculosis primitiva del)..... 190
Cuerpo extraño en un bronquio..... 316
Decapsulación renal..... 197
Deformación cardíaca..... 460
Deformidades congénitas..... 475
Delirium tremens (Las afusiones frías en el)..... 80
Dermatitis vaciniforme infantil (Reflexiones acerca de un caso de)..... 235
Desinfección en el cáncer uterino inoperable (La)..... 79
Diabetes sacarina y hemacromatosis..... 113
Diagnóstico diferencial entre la apendicitis y la preñez extrauterina..... 435
Difteria grave tratada por el suero antidisentérico (Dos

casos de)..... 315
Digestión pépsica (Efectos de las substancias conservadoras de los alimentos sobre la) 477
Dilatación artificial del cuello uterino..... 192
— del útero durante el parto..... 193
— manual del útero grávido ó parturiente (Ventajas de la)..... ... 193
— ó incisión del útero grávido..... 193
Disentería..... 426
— bacilar (De la)..... 461
— — mortal.. 424
— — (Una epidemia de). 94
Disnea paroxística por tensión excesiva..... 475
Dispepsia hiperesténica con fermentaciones ácidas (Tratamiento de la)..... 278
Dolores gástricos..... 176
Dos casos raros..... 472
Ectopia testicular y sus complicaciones..... 235, 265
Edema pulmonar recurrente agudo..... 72
Electricidad (Lesión ocasionada por la)..... 277
Embarazo (Miomectomía durante el)..... 432
— (Los riñones durante el) 296
Embolia post operatoria..... 191
Enesol..... 382
Enfermedad de Barlow..... 474
— de Little..... 315
Enfermedades pancreáticas (La prueba del núcleo en las)... 115
Enterocolitis folicular ó disenteriforme y su tratamiento. 178
Epididimitis blenorrágica aguda (Tratamiento quirúrgico de la)..... .. 289
Epispadias en la mujer (Un caso de)..... 281
Equinococos (Peligros de la punción de los quistes de).. 289
Erisipela (Un caso de)..... 241
Eritrocitosis..... 317
Escarlatina á recidivas..... 84
Escleredema..... 474
Esclerosis diseminada..... 111
Escrofulosis (El yoduro de arsénico en la)..... 319
Escrofulotuberculosis (El yoduro de arsénico en la)..... 319
Escuelas (Las afecciones oculares contagiosas en las).... 252
Esófago (Moneda detenida en el)..... 385
Espiroquetos (Naturaleza de los)..... 116
Esputos tuberculosos (Inocuidad de los polvos procedentes de la desecación de los). 157
Estómago (Actividad digestiva de la pepsina en el)..... 115
— (Herida del)..... 401
Estrechez de la uretra y retención urinaria..... 396
Estreptococia (Un caso de)... 133
Eumidrina y la atropina en las afecciones gastro-intestinales (La)..... 400
Extremidades inferiores (Apendicitis y flebitis de las) 259
Farmacología (Revista de)... 12
Fiebre ganglionar..... 115
— tifoidea..... 454
— — con el piramidón (Tratamiento de la)..... 480
— — (Las ideas modernas sobre la etiología y epidemiología de la)..... 410
— — (Mortalidad hospitalaria de la).... 280
— — (Sobre la epidemia actual de)..... 419
Fístula vésicovaginal (Un caso de)..... 383
Fístulas vésicovaginales (Nuevo método de sutura en las)..... 384
Formicina..... 18
Forúnculos (Tratamiento abortivo de los)..... 240
Fósforo orgánico en el tratamiento de varias enfermedades nerviosas..... 477
Fractura de la bóveda del cráneo (Un caso de).... 140
— de Maisonneuve..... 464
Fracturas bimaleolares..... 463
— — (Pronóstico de las). 429
Gastro-entiritis infantiles (La levadura de cerveza en las). 79
Gastro intestinales (La atropina y la erimidrina en las afecciones)..... 400
Gastroptosis (Tratamiento de la)..... 37, 38
Gastrostomía (Una modificación de la)..... 440
Gelatina líquida como antidiarréico y estomáquico (La).. 320

Gestación ectópica (Resultados de la sección vaginal y del desagüe en la). 195
— extrauterina sin ruptura (Cuatro casos de). 260
Gibosidades pótticas (Tratamiento de las)..... 263
Gota con los rayos Röntgen (Tratamiento de la)..... 40
Hábito (La fuerza del)..... 176
Hemacromatosis y diabetes sacarina..... 113
Hemoptisis (Tratamiento de la)..... 39
Hemorragia cerebral (Relaciones entre la metereología y la) 88
Hemorroides (Una operación sencilla contra las)..... 158
Herida del estómago..... 401
Heridas intestinales por arma de fuego..... 312, 353
Hidrato de cloral y el tétanos (El)..... 39
Hidrocéfalo, espina bífida y sífilis congénita..... 275
Hidrocele..... 258
Hidropesía de la vesícula biliar 465
Higiene (Revista de). 88, 249, 410
Hiperclorhídria gástrica (Tratamiento de la)..... 120
Hipernefroma..... 198
Hipertensión arterial crónica. 76
Hipertrofia mamaria funcional anormal..... 465
Histerectomía abdominal (Tratamiento del cáncer del cuello uterino por la)..... 464
Histerismo (Manifestaciones oculares del).... 299, 338
— simulando el mal de Pott..... 20
Imágenes recordables (Sobre las)..... 359
Impétigo (Anasarca como complicación del)..... 315
Impotencia sexual y los productos de la concepción (La). 254
Infección puerperal causada por estafilococos..... 250
Infecciones secundarias de origen bucal..... 253
Inmunización antituberculosa. 32
Insuficiencia mitral (Presión sanguínea en la)..... 74
— tricúspide en la anemia perniciosa..... 76
Intestino grueso (Tuberculosis del)..... 22
Intoxicación con el purgen.... 160
— por la carne de cordero. 160
Invaginación intestinal.. 426, 476
— — infantil..... 184, 230
— — (Papel del espasmo en la)..... 316
— — recidivante..... 259
Insolación (Trastornos psíquicos debidos á la).... 414
Laringología (Revista de).... 167
Larvas (Fenómenos nerviosos consecutivos á la ingestión de)..... 468
Leche á los niños de pecho (Suministro de)..... 119
— como hemostático (La). 479
— de mujer (Composición química de la)..... 466
Lengua (Del cáncer de la).... 352
Levadura de cerveza en las gastro-enteritis infantiles (La)..... 79
Ligamentos redondos (Acortamiento de los)..... 196
Limpieza (Instrucciones higiénicas acerca de la)..... 453
Lisol como anti-anémico y aperitivo (El)..... 40
Lóbulo occipital (Tumor del). 397
Mal de Basedow con los rayos X (Tratamiento del)..... 400
— de Bright (Un nuevo remedio del)..... 161
— de Pott (Histerismo simulando el)..... 20
Masaje y la gimnasia médica en el tratamiento de la parálisis espinal infantil (El)... 49
Medicina clínica y terapéutica (Tratado de)..... 53
Meningitis cerebro-espinal.... 116
— — epidémica (Origen nasofaríngeo de la)..... 255
Mercurio por la vía rectal (Administración del)..... 440
Miasis en el hombre..... 414
Miomectomía durante el embarazo..... 432
Moneda detenida en el esófago. 385
Mortalidad infantil en Almería..... 452
Motor ocular externo (La parálisis del)..... 331
Movimientos voluntarios de carácter excepcional.. 474
Muérdago como medicamento hemostático (El)..... 16
Nariz (Sarcoma de la)..... 356
Nefritis hematúricas (Tratamiento quirúrgico de las)... 427

Nefropexia (Un nuevo procedimiento de)..... 41
Neumonía aguda por el sulfuro de carbono (Tratamiento de la)..... 400
Nicotina y arterioesclerosis... 75
Niños de pecho (La tuberculosis en los)..... 253
— — (Suministro de leche á los)..... 119
— — (Sobre las horas de sueño de los).... 89
Nistagmus familiar..... 315
Notas clínicas..... 441
— — del aparato digestivo..... 215
Novocaína en cirugía (Empleo de la)..... 431
Oficina de Farmacia (La).... 177
Oftalmología (Empleo del argirol en)..... 333
— (El tatuage en)..... 335
— (Revista de)..... 331
Ojo (Corrientes en la cámara anterior del)..... 356
Ojos de los estudiantes en la Universidad de Pensilvania (Resultado del examen de los).... 477
Operación cesárea vaginal.... 193
Operaciones abdominales (Trombosis y embolia consecutivas á las)..... 191
Orfelinato agrícola de San Martín..... 249
Ortoformo (Intoxicación por el)..... 240
Osteomalacia..... 475
Osteomielitis por el relleno óseo con yodoformo (Tratamiento de la)..... 476
Otitis (La parálisis del motor ocular externo en el curso de las)..... 331
— media adhesiva (Un ensayo en el tratamiento de la)..... 170
Otología (Revista de)..... 167
Paludismo (Etiología y profilaxia actuales del)... 228
— (Patogenia y profilaxis del)..... 353
Parálisis del motor ocular externo en el curso de las otitis (La)..... 331
— espinal infantil (El masaje y la gimnasia médica en el tratamiento de la)..... 49
— saturnina..... 475
Parálisis simultánea del facial y del acústico de origen sifilítico..... 167
Parásitos (Generalidades sobre)..... 93
Parto (Dilatación del útero durante el)..... 193
— (Preceptos higiénicos para después del).... 416
Pié (Amputaciones económicas del)..... 354
Pielitis del embarazo (Un caso de)..... 245
Píloro con la tiosinamina (Estrechez del píloro tratado con la)..... 479
Piramidón (Tratamiento de la fiebre tifoidea con el)..... 480
Penetrómetro de Benoist modificado..... 37
Pepsina en el estómago (Actividad digestiva de la)..... 115
Perborato de sosa (El)..... 12
Perforación intestinal sin dolor (Un caso de)..... 81
Peristalsis gástrica é intestinal..... 113
Pescadores de esponjas (La enfermedad de los)..... 90
Piés planos y en valgus..... 180
Pitiriasis liquenoide crónica.. 358
Placenta previa..... 421
Práctica sanitaria (Manual de) 138
Preñez extrauterina (Diagnóstico diferencial entre la apendicitis y la)..... 435
Prostatectomía transvesical..... 314, 426
Presión sanguínea en la insuficiencia mitral..... 74
— venosa y arterial..... 74
Prurito general sin lesiones.. 113
Pulgar (Autoplastia del)..... 355
— (La sueroterapia en la). 440
Pulmonía (Cafeína en la)..... 478
Purgen (Intoxicación con el). 160
Queratitis parenquimatosa... 396
Quiste hidatídico hepático abierto en las vías biliares. 261
Radiografía en las afecciones del cerebro y del cráneo (La) 436
Radium en oto-rino laringología (El)..... 171
Raquitismo tardío..... 318
Rayos eléctricos (Lesión traumática colectiva ocasionada por los)..... 396
— Röntgen (Recidiva de cáncer del labio curada con los)..... 308

Rayos Röntgen (Tratamiento de la bronquitis crónica con los). 158
— — (Tratamiento del reuma y de la gota con los)... 46
— X (Tratamiento de las enfermedades de los órganos hematopoyéticos por los)..... 102
— — (Tratamiento del mal de Basedow con los)..... 400
— — y suero leucémico.. 114
Reacción aglutinante en los tuberculosos (Valor semeiológico de la) 145
Relleno óseo con yodoformo (Tratamiento de la osteomielitis por el)..... 476
Reuma articular agudo sin salicilatos (Tratamiento del). 437
Reumatismo articular agudo (Significación de los soplos cardíacos que se oyen en el curso del)..... 80
— — crónico primitivo y su tratamiento 321, 361
— escarlatinoso (La aspirina en el)..... 467
Reuma y de la gota con los rayos Röntgen (Tratamiento del)..... 40
Revista de Farmacología..... 12
— de Higiene.... 88, 249, 410
— de Laringología..... 167
— de Oftalmología..... 337
— de Otología..... 167
— de Rinología..... 167
— de Terapéutica..... 12
— de Urología..... 289
Rinoescleroma..... 317
Rinología (Revista de)..... 167
Rinoplastia..... 472
Riñón móvil..... 201
Riñones durante el embarazo (Los)..... 296
Ruptura de la sínfisis pubiana..... 185
Rupturas uretrales..... 354
Sabañones ulcerados (Tétanos durante los)..... 468
Salicilatos (Tratamiento del reuma articular agudo sin). 437
Salicilarseniato de mercurio en el tratamiento de la sífilis (El)..... 79
Sangre (Importancia clínica del grado de viscosidad de la)..... 200
Santonina en la infancia (Fórmula para la administración de la)..... 159
Sarcoma ciático recidivante.. 261
— de la nariz..... 356
— pigmentario, hemorrágico y múltiple..... 316
Saturnismo en anudadores de flecos..... 277
Sepsis puerperal (Tipos de)... 80
Serodiagnóstico de la tuberculosis (Datos para el estudio del)..... 142
Sífilis de las mujeres honradas (La)..... 100, 182
— (El salicilarseniato de mercurio en el tratamiento de la)..... 79
— estado actual de su estudio experimental.. 154
— terciaria..... 435
Síndrome nuevo? (¿Un)..... 168
Sínfisis pubiana (Ruptura de la)..... 185
Sociedad francesa de estudios científicos de la tuberculosis..... 266
— Ginecológica americana 191
Solurol..... 15
Soplos cardíacos que se oyen en el curso del reumatismo articular agudo (Significación de los)..... 80
Sudor miliar y la rata de campo (El)..... 310
Sueño de los niños (Sobre las horas de)..... 89
Suero disentérico (Dos casos de disentería grave tratados por el)..... 315
— leucémico y rayos X.... 114
Sueroterapia en la pulmonía (La)..... 440
Sulfuro de carbono (Tratamiento de la neumonía aguda por el)..... 400
Tabes dorsal espasmódica no hereditaria (Un caso de)... 406
Tatuaje en oftalmología (El). 335
Tensión arterial en el estado patológico (La)..... 159
Terapéutica (Revista de)..... 12
Testículo (Cirugía conservadora del)..... 418
Tétanos durante los sabañones ulcerados..... 468
— é hidrato de cloral (El). 39

Timol (Tratamiento sistemático de la apendicitis por el).. 157
Timpánica (Rara tuberculosis de la membrana)..... 5
Toracentesis (Peligros de la).. 76
Tórax bajo el punto de vista operatorio (Vías y medios de acceso al).... 234
— (Cirugía del)..... 264
Traqueotomía in extremis.... 99
Traumatismo (Caso clínico notable de)..... 448
Trombosis y embolia consecutivas á las operaciones abdominales.... 191
Tuberculoma ileocecal hipertrófico..... 259
Tuberculosis cutánea sifilítica. 357
— (Datos para el estudio del serodiagnóstico de la)..... 142
— de la membrana timpánica..... 5
— del intestino grueso.... 22
— en los niños de pecho (La)..... 253
— ganglionar (Tratamiento de la)..... 439
— gangliopulmonar en las escuelas de París (La) 387
— (La terapéutica específica de la)..... 58
— ocular en el niño (La).. 337
— osteo-articular..... 459
— (Patogenia de la)..... 273
— por los productos bacilares (Tratamiento de la)..... 453
— por la recalcificación (Tramiento de la).... 266
— primitiva del cuello uterino.... 190
— quirúrgica (Empleo del azul de metileno en la)..... 16
Tuberculosos (Valor semeiológico de la reacción aglutinante en los)..... 145
Tumor del lóbulo occipital... 397
— uterino intraligamentoso..... 189
Tumores malignos en la especie canina por medio de las relaciones sexuales (Transmisión de)..... 398
Ulcera gástrica..... 358
— — (Tratamiento operatorio de la) 388, 469
— — (Cirugía de la).... 398
Ulceras (Valor del cloruro de calcio en el tratamiento de las)..... 40
Uréteres (Demostración en el vivo de tres)..... 291
Uretra (Estrechez de la)..... 396
Urología (Revista de)..... 289
Utero grávido (Dilatación ó incisión del)..... 193
— — ó parturiente (Ventajas de la dilatación manual del). 193
Vacunación de los angiomas.. 160
Venosos (Cirugía de los gruesos troncos)..... 283
Vesícula biliar (Hidropesía de la)..... 465
Vía rectal (Administración del mercurio por la)..... 440
Vías biliares (Quiste hidatídico hepático abierto en las)..... 261
Vientre (Efectos de la compresión del). 355
Vómito pituitoso hemorrágico. 117
Vómitos acetonémicos y enterocolitis..... 467
Yodina (Datos fisiológicos y terapéuticos acerca de la).... 121
Yodoformo (Tratamiento de la osteomielitis por el relleno óseo con)..... 476
Yoduro de arsénico en la escrofulosis y en la escrófulo-tuberculosis (El)..... 319
Yoduros (Acción terapéutica de los)..... 319

RELACIÓN DE LOS COLABORADORES QUE HAN PUBLICADO TRABAJOS EN EL PRESENTE TOMO

Barragán y Bonet (D. Manuel), Especialista de enfermedades de las vías urinarias. Madrid.
Codina Castellví (D. José), Médico, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
García Mansilla (D. Sinforiano), Oculista del Hospital y Hospicio Provincial de Madrid.
Gonzalo Martínez (D. Ricardo), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.
Goyanes (D. José), Cirujano de número, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
Hauser (D. Felipe), Doctor en Medicina. Madrid.
Huder (D. Serafín), Médico de la Beneficencia Municipal de Pamplona.
Ledo (D. Antonio), Director de la consulta dermatológica del Hospital de Nuestra Señora de Esgueva, Valladolid.
Madinaveitia (D. Juan), Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
Martín Arquellada (D. Aurelio), Profesor de número, por oposición, de la Beneficencia Municipal de Madrid.
Martín Menéndez (D. Antonio), Exmédico del Hospital Militar de Mahón.
Martínez López (D. Antonio), Médico titular de Guadalix de la Sierra (Madrid).
Monmeneu (D. José), Vicepresidente de la Junta Provincial de Sanidad, Madrid.
Montes San Agustín (D. José), Médico en Cebolla (Toledo).
Morales Pérez (D. Antonio), Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.
Pérez Noguera (D. Emilio), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.
Pérez Ortíz (D. Jerónimo), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.
Pulido y Martín (D. Angel), Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid.
Ribera y Sans (D. José). Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid.
Rodríguez Méndez (D. Rafael), Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.
Rueda (D. Francisco), Director de la Consulta oto rino laringológica del Hospital de la Princesa. Madrid.
Sarabia (D. Jesús), Profesor del Instituto Rubio. Madrid.
Toledo (D. Federico), Licenciado en Medicina y Cirugía. Madrid.
Tripels-Dentzkof (D. Enrique), Masajista, Madrid.
Valle (D. Rafael del), Médico, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
Yagüe (D Ramón Luis), Profesor del Instituto Rubio. Madrid.

GRABADOS PUBLICADOS EN ESTE TOMO

Gráficas de eliminación de la yodina, páginas..... 123. 132
Esquema de una operación de epispadias en la mujer, página..... 283

v.72-73 Revista de medicina y
1906 cirugia praticas. 33817

~~55971.9~~ R71
R4
v.72-73

33817

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY